



Educar para a saúde na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo sobre conhecimentos e comportamentos de alunos no final do Ensino Básico

Ana Maria da Silva Cunha

Janeiro de 2012





Universidade do Minho
Instituto de Educação

Ana Maria da Silva Cunha

**Educar para a saúde na prevenção de
doenças cardiovasculares:
um estudo sobre conhecimentos e
comportamentos de alunos no final
do Ensino Básico**

Mestrado em Ciências da Educação
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do
Prof. Doutor José Alberto Gomes Precioso

Janeiro de 2012

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Maria da Silva Cunha

Endereço eletrónico: anacunha2001@hotmail.com

Cartão de Cidadão: 9858286

Título da dissertação: Educar para a saúde na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo sobre conhecimentos e comportamentos em alunos no final do Ensino Básico

Orientador: Professor Doutor José Alberto Gomes Precioso

Designação do Mestrado: Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Educação para a Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO / TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, janeiro de 2012

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Um projeto de investigação requiere tempo e disponibilidade. Com uma vida profissional e pessoal muito preenchida, nem sempre é fácil conseguir a organização necessária para levar avante esta missão. No meu caso, só foi possível graças a um conjunto de pessoas que fazem parte da minha vida e que me dão a força e estabilidade necessárias para superar todas as barreiras. Neste grupo de pessoas, incluo os meus pais e particularmente o meu marido e as minhas filhas.

Em particular, ao Professor Doutor José Precioso pela sua competência e disponibilidade na orientação desta investigação.

Aos médicos cardiologistas que tornaram possível a primeira parte do meu estudo, bem como à Marta Barreiros e à Sofia Silva pelo apoio em conseguir os contactos necessários.

Aos alunos da escola em que se realizou a investigação, pela disponibilidade e interesse em participar neste projeto.

Por fim, não poderia esquecer as minhas colegas de mestrado, em especial a Carla Teixeira, a Ana Gomes e Nidia Ferreira por toda a solidariedade e amizade.

Educar para a saúde na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo sobre conhecimentos e comportamentos de alunos no final do Ensino Básico

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte na União Europeia e também uma importante causa de incapacidade. Os fatores de risco mais conhecidos estão associados aos estilos de vida, como o consumo de tabaco, o excesso de álcool, os hábitos alimentares e os níveis de atividade física de cada um.

Como a escola desempenha um papel ativo no ambiente microsocial dos indivíduos, poderemos focar a importância de educar para a saúde, como processo determinante na prevenção das doenças cardiovasculares.

Nesse contexto, o objetivo fundamental do 1º Estudo consistiu em auscultar a opinião de médicos cardiologistas sobre quais os conhecimentos, no âmbito da saúde cardiovascular, que deverão ter os alunos no final da escolaridade do ensino básico. Contou com a participação de 3 médicos cardiologistas e consistiu na realização de entrevistas semidirigidas, efetuadas individualmente, durante o período compreendido entre dezembro de 2010 e abril de 2011. Os dados foram tratados recorrendo a uma análise de conteúdo. Os resultados revelam a importância dos alunos conhecerem fatores de risco cardiovascular, como o sedentarismo, os erros alimentares, o consumo de tabaco e o excesso de álcool. O conhecimento de sintomas e consequências deste grupo de doenças é relevante, segundo a ótica do cardiologistas, apenas em situações concretas em que seja necessário identificar sinais (em si próprios ou nos outros) de modo a acionar os mecanismos de atendimento urgente numa consulta hospitalar.

No segundo estudo participaram 108 alunos do 9º ano e foi aplicado um Inquérito por Questionário, no final do ano letivo (junho de 2011) e as principais finalidades consistiram em descrever os conhecimentos relacionados com as doenças cardiovasculares em alunos no final do Ensino Básico (3ºciclo) e determinar a prevalência de comportamentos relacionados com as doenças cardiovasculares no mesmo grupo de discentes. Os dados foram tratados no programa estatístico SPSS. No que concerne ao teste de conhecimentos, as classificações obtidas são pouco satisfatórias, não obstante, os comportamentos dos alunos não parecem ser condicionados por esses resultados.

Health education in the prevention of cardiovascular disease – a study about knowledge and behaviors of students at the end of basic education

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the European Union and also a major cause of disability. The most known risk factors are associated with lifestyle, such as smoking, excessive alcohol intake, eating habits and the physical activity levels of each person.

As school plays an active role in the micro environment of individuals, we focus on the importance of health education as a crucial process in the prevention of cardiovascular disease. In this context, the main objective of the first study consisted on getting the opinion of cardiologists about which knowledge should pupils at the end of basic education have in the field of cardiovascular health. It had the participation of three cardiologists and consisted of semi-structured interviews, conducted individually during the period between December 2010 and April 2011. The data were processed using a content analysis. The results show the importance of students knowing cardiovascular risk factors such as sedentary lifestyle, dietary errors, the consumption of tobacco and excessive alcohol intake. The knowledge of symptoms and consequences of this group of diseases is relevant from the viewpoint of the cardiologists, only in specific situations where it is necessary to identify signals (in themselves or in others) in order to trigger the mechanisms of urgent care in a hospital consultation. In the second study 108 students at the end of basic education were enrolled. It was applied a questionnaire at the end of the school year (June 2011) and the main purpose was to describe the knowledge and the prevalence of behaviors related to cardiovascular disease in those students. The data were processed in SPSS. Regarding the knowledge test, the scores obtained are unsatisfactory, however, students' behaviors do not seem to be conditioned by these results.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	21
1.1. INTRODUÇÃO	21
1.2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES	21
1.2.1. Tipos de doenças cardiovasculares	23
1.3. FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES	24
1.4. DETERMINANTES DOS COMPORTAMENTOS EM ADOLESCENTES	27
1.5. O PAPEL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (NA ESCOLA) NA PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR	29
1.6. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	31
1.7. OBJETIVOS DO ESTUDO	32
1.8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	33
1.9. DESCRIÇÃO GERAL DA ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	34
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA	37
2.1. INTRODUÇÃO	37
2.2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES	38
2.2.1. Breve referência ao sistema circulatório	39
2.2.2. Consequências das doenças cardiovasculares	42
2.2.3. Causas das doenças cardiovasculares	43
2.3. FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES	44
2.3.1. Fatores de risco biológico	44
2.3.1.1. Hipertensão	45
2.3.1.2. Diabetes	51
2.3.1.3. Colesterol	53
2.3.1.4. Obesidade	56
2.3.2. Fatores de risco cardiovascular associados aos estilos de vida	61
2.3.2.1. Consumo de tabaco	61
2.3.2.2. Dieta pouco saudável	70
2.3.2.3. Consumo excessivo de álcool	75
2.3.2.4. Sedentarismo	77
2.3.3. Outros fatores de risco	81
2.4. DETERMINANTES DOS COMPORTAMENTOS EM ADOLESCENTES	83
2.4.1. Relação escola - comportamentos de saúde dos adolescentes	86
2.4.2. Ambiente familiar – comportamentos de saúde dos adolescentes	88
2.4.3. A influência dos pares	90
2.5. OS CONHECIMENTOS E OS COMPORTAMENTOS	92
2.5.1. Modelos de Educação para a Saúde	92
2.5.2. Conhecimentos dos alunos no âmbito da saúde cardiovascular e as Orientações Curriculares para a disciplina de Ciências Naturais no 3º Ciclo	95
2.6. COMPORTAMENTOS DOS ALUNOS	98

2.6.1.Hábitos alimentares em adolescentes portugueses e europeus	98
2.6.1.1.Evolução da prevalência da ingestão de alimentos saudáveis em jovens portugueses	104
2.6.1.2. Determinantes dos hábitos alimentares	106
2.6.2.Hábitos de consumo de álcool em adolescentes portugueses e europeus.....	107
2.6. 2.1.Evolução da prevalência de ingestão de álcool em adolescentes portugueses.....	110
2.6.2.2. Determinantes do consumo de álcool pelas crianças e jovens.....	111
2.6.3.Hábitos tabágicos em adolescentes portugueses e europeus	113
2.6.3. 1.Evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses	117
2.6.3.2.Determinantes do consumo de tabaco pelas crianças e jovens	118
2.6.4.Atividade física em adolescentes portugueses e europeus	120
2.6.4.1.Evolução da prevalência da atividade física em adolescentes portugueses.....	123
2.6.4.2. Determinantes da atividade física pelas crianças e jovens.....	123
2.7.DETERMINANTES DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE. O PAPEL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (NA ESCOLA) NA PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	124
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA.....	131
3.1. INTRODUÇÃO	131
3.2. SÍNTESE DA INVESTIGAÇÃO	131
3.3.DESCRICÃO DO 1º ESTUDO	133
3.3.1.População e amostra	133
3.3.1.1.Seleção da amostra utilizada.....	133
3.3.1.2.Caracterização da amostra utilizada	134
3.3.2.Seleção da técnica de recolha de dados: entrevista.....	135
3.3.3. Instrumento de recolha de dados: construção e validação.....	136
3.3.4.Recolha de dados.....	138
3.3.5.Tratamento de dados	139
3.4.DESCRICÃO DO 2º ESTUDO	140
3.4.1.População e amostra	140
3.4.1.1.Seleção da amostra utilizada.....	140
3.4.1.2.Caracterização da amostra utilizada	140
3.4.2.Seleção do instrumento de recolha de dados: inquérito por questionário	142
3.4.3.Instrumento de recolha de dados: construção e validação.....	142
3.4.4. Recolha de dados.....	144
3.4.5. Tratamento de dados	144
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	147
4.1. INTRODUÇÃO	147
4.2.DESCRICÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 1	147
4.3.DESCRICÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 2	153
4.3.1. Fatores passíveis de influenciar os comportamentos de saúde dos alunos.....	153

4.3.1.1. Ambiente familiar.....	153
4.3.1.2. Ambiente escolar	154
4.3.1.3. Grupo de pares.....	155
4.3.2. Educação para a saúde – tópicos abordados na escola.....	156
4.3.3. Conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares.....	159
4.3.4. Comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares	162
4.3.4.1. Hábitos alimentares.....	162
4.3.4.2. Hábitos de consumo de álcool	167
4.3.4.3. Hábitos de consumo de tabaco	168
4.3.4.4. Exercício físico, lazer e descanso.....	169
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES.....	175
5.1. INTRODUÇÃO	175
5.2. CONCLUSÕES SOBRE O PRIMEIRO ESTUDO, COM CARDIOLOGISTAS.....	175
5.3. CONCLUSÕES RELATIVAS AO SEGUNDO ESTUDO, COM ALUNOS.....	176
5.3.1. Conclusões sobre fatores passíveis de influenciar os comportamentos de saúde dos alunos.....	176
5.3.2. Conclusões sobre tópicos de saúde abordados, na escola, no âmbito da Educação para a Saúde	177
5.3.3. Conclusões sobre os conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares.....	178
5.3.4. Conclusões sobre os comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares	179
5.4. CONCLUSÕES RESPEITANTES À RELAÇÃO ENTRE OS CONHECIMENTOS E OS COMPORTAMENTOS DOS ALUNOS	182
5.5. IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS OBTIDOS	183
5.6. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	185
BIBLIOGRAFIA	187
ANEXOS.....	197

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente vascular cerebral

DCV – Doenças cardiovasculares

DGIDC - Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DGS – Direção Geral de Saúde

EF – Educação Física

EpS – Educação para a Saúde

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

EU – União Europeia

HDL - High-density lipoprotein

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOTF - International Obesity TaskForce

MVMV – Minutos de atividade física moderada a vigorosa

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TV - Televisão

WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes dos estilos de vida	28
Figura 2 - Morfologia externa do coração.....	39
Figura 3 - Morfologia interna do coração	40
Figura 4 - Circulação sanguínea humana	41
Figura 5 - Prevalência da Hipertensão Arterial, em diferentes regiões do país	49
Figura 6 - Prevalência de diabetes, em diferentes regiões do país	52
Figura 7 - Efeitos da Lei anti - tabágica ao nível do consumo	64
Figura 8 - Tabela de risco relativo	68
Figura 9 - Esquema representativo do Modelo de Crença na Saúde	94
Figura 10 - Relação entre os conteúdos programáticos da disciplina de Ciências Naturais do 9ºano	96
Figura 11 - Gráficos relativos ao hábito de tomar o pequeno-almoço durante a semana e durante o fim de semana, por jovens portugueses (HBSC 2010)	99
Figura 12 - Gráficos relativos ao consumo de fruta e vegetais, por jovens portugueses (HBSC 2010)	101
Figura 13 - Gráficos relativos aos hábitos de consumo de doces e de refrigerantes pelos jovens Portugueses (HBSC 2010)	103
Figura 14 - Fatores implicados no comportamento alimentar (Nielson, 1983)	106
Figura 15 - Percentagem de alunos que passaram por alguma situação de embriaguez nos últimos 12 meses, em vários países da Europa (ESPAD 2007)	109
Figura 16 - Evolução da prevalência de ingestão de qualquer tipo de bebida alcoólica durante os últimos 12 meses (A) e durante os últimos 30 dias (B) - ESPAD 2007	111
Figura 17 - Fatores determinantes dos problemas ligados ao álcool.....	112
Figura 18 - Prevalência do consumo de tabaco em jovens europeus (consumo de cigarros nos últimos 30 dias) – ESPAD 2007	116
Figura 19 - Um modelo das influências mais determinantes e da sua força relativa no desenvolvimento do comportamento de fumar.....	119
Figura 20 - Número de horas a ver TV (HBSC 2010)	122
Figura 21 - Número de horas a jogar computador (HBSC 2010)	122

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	24
TABELA 2 - DEFINIÇÃO DE SÍNDROME METABÓLICA SEGUNDO ATP-III	25
TABELA 3 -MORBILIDADE HOSPITALAR – TOTAL DE DOENTES SAÍDOS DOS HOSPITAIS (INCLUINDO HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS, EXCLUINDO OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS), SEGUNDO O SEXO E DEMORA MÉDIA OBSERVADA, POR GRUPOS DE DOENÇAS, CONTINENTE, 2008	42
TABELA 4 - EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA INGESTÃO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS, EM JOVENS PORTUGUESES.....	104
TABELA 5 - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (HBSC 2010)	107
TABELA 6 - EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE INGESTÃO DE ÁLCOOL, EM JOVENS PORTUGUESES (HBSC 1998-2010)	110
TABELA 7 - EXPERIMENTAR TABACO - COMPARAÇÃO ENTRE ANOS DE ESCOLARIDADE (HBSC 2010)	114
TABELA 8 - CONSUMO DE TABACO POR ANO DE ESCOLARIDADE (HBSC 2010).....	114
TABELA 9 - EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO EM ADOLESCENTES PORTUGUESES	117
TABELA 10 - EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO (NA ÚLTIMA SEMANA) E DO USO DE COMPUTADOR (DURANTE A SEMANA) – HBSC 2002-2010	123
TABELA 11 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE CARDIOLOGISTAS	134
TABELA 12 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DA IDADE E SEXO.....	141
TABELA 13 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DA ESCOLARIDADE DOS PAIS	141
TABELA 14 - PRINCIPAIS DOENÇAS CARDIOVASCULARES REFERIDAS PELOS MÉDICOS CARDIOLOGISTAS.....	148
TABELA 15 - PRINCIPAIS FACTORES DE RISCO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES REFERIDAS PELOS MÉDICOS CARDIOLOGISTAS	149
TABELA 16 - PRINCIPAIS FACTORES PROTETORES DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES REFERIDAS PELOS MÉDICOS CARDIOLOGISTAS.....	151
TABELA 17 - RELEVÂNCIA DADA PELOS MÉDICOS CARDIOLOGISTAS À NECESSIDADE, DOS ALUNOS, IDENTIFICAREM DOENÇAS ESPECÍFICAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO.....	152
TABELA 18 - ASPETOS QUE SEGUNDOS OS MÉDICOS CARDIOLOGISTAS DEVERÃO SER CONHECIDOS PELA POPULAÇÃO EM GERAL DE FORMA A ESTAREM APTOS A PREVENIREM AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	153

TABELA 19 - CAPACIDADE DE DIALOGAR COM OS VÁRIOS ELEMENTOS DA FAMÍLIA	154
TABELA 20 - GOSTAR DA ESCOLA	155
TABELA 21 - PERCEÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE A CAPACIDADE ACADÉMICA	155
TABELA 22 - NÚMERO DE AMIGOS NA ESCOLA.....	155
TABELA 23 - RELAÇÃO COM OS COLEGAS / AMIGOS	156
TABELA 24 - TÓPICOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES, ABORDADOS NO PERCURSO ESCOLAR	156
TABELA 25 - TÓPICOS SOBRE CONSUMO DE TABACO, ABORDADOS NO PERCURSO ESCOLAR	157
TABELA 26 - TÓPICOS SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL, ABORDADOS NO PERCURSO ESCOLAR	158
TABELA 27 - TÓPICOS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO, ABORDADOS NO PERCURSO ESCOLAR.....	159
TABELA 28 - RESULTADOS RELATIVOS AO TESTE DE CONHECIMENTOS NO ÂMBITO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – DESCRIÇÃO DETALHADA POR QUESTÃO	161
TABELA 29 - NÚMERO DE REFEIÇÕES REALIZADAS POR SEMANA	163
TABELA 30 - FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALGUMAS BEBIDAS PELOS ALUNOS DA AMOSTRA	164
TABELA 31 - FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALGUNS ALIMENTOS	166
TABELA 32 - FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALGUMAS BEBIDAS ALCOÓLICAS	167
TABELA 33 - FREQUÊNCIA DE ALUNOS DA AMOSTRA QUE CONSUMIRAM BEBIDAS ALCOÓLICAS ATÉ À EMBRIAGUEZ	168
TABELA 34 - PREVALÊNCIA DE FUMADORES DIÁRIOS, SEMANAIS E OCASIONAIS.....	168
TABELA 35 - PREVALÊNCIA DE FUMADORES NO AGREGADO FAMILIAR DOS ALUNOS DA AMOSTRA	169
TABELA 36 - FREQUÊNCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO NOS TEMPOS LIVRES.....	169
TABELA 37 - TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA / DESPORTO PRATICADA HABITUALMENTE.....	170
TABELA 38 - NÚMERO, DE HORAS POR DIA, PASSADAS A VER TELEVISÃO.....	171
TABELA 39 - NÚMERO DE HORAS, POR DIA, PASSADAS A JOGAR NO COMPUTADOR OU NA CONSOLA	172

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR ALGUMAS CAUSAS DE MORTE, EM PORTUGAL, 2008	22
GRÁFICO 2 - PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO, OBESIDADE E PERÍMETRO DA CINTURA AUMENTADO EM PORTUGAL (2003-2005).....	26
GRÁFICO 3 - PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS REFERIDAS COM MAIOR FREQUÊNCIA, PORTUGAL, 2005.....	46
GRÁFICO 4 - PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS POR IDADE INICIAL, PORTUGAL, 2005/2006 .	47
GRÁFICO 5 - PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, EM FUNÇÃO DO GÉNERO	48
GRÁFICO 6 - PREVALÊNCIA DA HIPERCOLESTEROLEMIA.	54
GRÁFICO 7 - PREVALÊNCIA DA OBESIDADE AUTORREFERIDA POR GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2005.....	57
GRÁFICO 8 - PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM EXCESSO DE PESO, POR GRUPOS ETÁRIOS. CONTINENTE, 2005/2006.....	58
GRÁFICO 9 - PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM OBESIDADE, POR GRUPOS ETÁRIOS. 2005/ 2006.....	58
GRÁFICO 10 - ESTRUTURA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR CONSUMO DE TABACO, SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2005	62
GRÁFICO 11 - POPULAÇÃO RESIDENTE QUE FUMA ATUAL E DIARIAMENTE POR GRUPO ETÁRIO E POR IDADE EM QUE COMEÇOU A FUMAR, PORTUGAL, 2005	62
GRÁFICO 12 - OPINIÃO SOBRE O CUMPRIMENTO DA LEI 37/2007	65
GRÁFICO 13 - OPINIÃO DOS INQUIRIDOS RELATIVAMENTE À PROIBIÇÃO DE FUMAR EM DIFERENTES LOCAIS	66
GRÁFICO 14 - POPULAÇÃO RESIDENTE POR NÚMERO DE VEZES QUE COME FORA DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS POR GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2005.....	71
GRÁFICO 15 - POPULAÇÃO RESIDENTE POR TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS NAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS, PORTUGAL, 2005.....	72
GRÁFICO 16 - POPULAÇÃO RESIDENTE POR TIPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS FORA DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS	73
GRÁFICO 17 - POPULAÇÃO RESIDENTE QUE NOS ÚLTIMOS 12 MESES BEBEU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2005	76
GRÁFICO 18 - MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA MODERADA A VIGOROSA (MVMV) NOS DIAS COM EDUCAÇÃO FÍSICA (EF), SEM EF E NO FIM DE SEMANA, EM FUNÇÃO DO GÉNERO	78

GRÁFICO 19 - MINUTOS DE AF MODERADA A VIGOROSA (MVMV) NOS DIAS COM EDUCAÇÃO FÍSICA (EF), SEM EF E NO FIM DE SEMANA, EM FUNÇÃO DO GÉNERO, E DA CLASSIFICAÇÃO DE IMC	79
GRÁFICO 20 - POPULAÇÃO RESIDENTE ENTRE OS 15 E OS 69 ANOS, POR TEMPO GASTO EM MÉDIA DIÁRIA A ANDAR E SENTADO, SEGUNDO O SEXO, PORTUGAL, 2005.....	80
GRÁFICO 21 - CONTEXTOS E COMPORTAMENTOS - RELAÇÃO ENTRE O SENTIMENTO DOS ALUNOS PELA ESCOLA E OS SEUS COMPORTAMENTOS (HBSC 2010)	87
GRÁFICO 22 - CONTEXTO FAMILIAR E COMPORTAMENTO DOS ADOLESCENTES - RELAÇÃO ENTRE A CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO COM O PAI E RESPETIVOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE (HBSC 2010)	90
GRÁFICO 23 - AMIZADES / GRUPOS DE PARES E COMPORTAMENTOS -RELAÇÃO ENTRE A EXISTÊNCIA DE AMIGOS COM QUEM PARTILHAR ALEGRIAS E TRISTEZAS E RESPETIVOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE (HBSC 2010)	91
GRÁFICO 24 - INGESTÃO DO PEQUENO-ALMOÇO DURANTE A SEMANA, POR GRUPO ETÁRIO EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (HBSC 2006).....	100
GRÁFICO 25 - CONSUMO DIÁRIO DE FRUTA, POR GRUPO ETÁRIO, EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (HBSC 2006).....	101
GRÁFICO 26 - CONSUMO DIÁRIO DE VEGETAIS, POR GRUPO ETÁRIO, EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (HBSC 2006).....	102
GRÁFICO 27 - CONSUMO DIÁRIO DE REFRIGERANTES, POR GRUPO ETÁRIO, EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (HBSC 2006)	103
GRÁFICO 28 - EMBRIAGUEZ EM JOVENS PORTUGUESES (HBSC 2010)	108
GRÁFICO 29 - RESULTADOS - CHAVE RELATIVOS A PORTUGAL (ESTUDO ESPAD 2007)	110
GRÁFICO 30 - CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS (EXPERIMENTAR TABACO)	113
GRÁFICO 31 - CONSUMO DE TABACO (HBSC 2010).....	114
GRÁFICO 32 - CONSUMO DE TABACO (PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA), POR GRUPO ETÁRIO, EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (HBSC 2006)	115
GRÁFICO 33 - EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO EM JOVENS PORTUGUESES (CIGARROS CONSUMIDOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS) – ESPAD 2007	117
GRÁFICO 34 - PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A ÚLTIMA SEMANA (HBSC 2010) ...	120
GRÁFICO 35 - FREQUÊNCIA DE JOVENS QUE PRATICAM ATIVIDADE FÍSICA MODERADA A VIGOROSA (PELO MENOS 1 HORA POR DIA) POR GRUPO ETÁRIO, EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (HBSC 2006).....	121
GRÁFICO 36 - CONHECIMENTOS NO ÂMBITO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	160
GRÁFICO 37 - HORÁRIO DE DEITAR.....	172

GRÁFICO 38 - HORÁRIO DE LEVANTAR173

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Perspetiva Ecológica: níveis de influência	85
QUADRO 2 - Conteúdos integrados no tema geral “Viver melhor na Terra” do programa da disciplina de Ciências Naturais – 3º ciclo.....	95
QUADRO 3 - Algumas metas de aprendizagem para o tema “Viver melhor na Terra” – Ciências Naturais – 3ºCiclo	97
Quadro 4 - Matriz de entrevista destinada a médicos cardiologistas	136
QUADRO 5 - Matriz de indicadores e objetivos do questionário	143

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

1.1.Introdução

No presente capítulo, apresentamos o estudo que nos propusemos realizar e abordamos os pressupostos teóricos intrínsecos à contextualização do mesmo.

Após esta secção introdutória (1.1) correspondente a uma breve síntese do capítulo, procedemos a uma contextualização do estudo, iniciada com uma abordagem às doenças cardiovasculares (1.2). Nesse sentido, começamos por efetuar uma apresentação dos tipos de doenças cardiovasculares (1.2.1.). Posteriormente, descrevemos os fatores de risco relacionados com doenças cardiovasculares (1.3.), bem como os determinantes dos comportamentos em adolescentes (1.4.). No ponto 1.5. analisamos o papel da educação para a saúde (na escola) ao nível da promoção da saúde cardiovascular.

Neste capítulo, apresentamos, ainda, o problema de investigação (1.6.), os objetivos que norteiam este estudo (1.7.) e as respetivas limitações do estudo (1.8.).

Finalizamos com uma descrição geral da estrutura da dissertação (1.9).

1.2.Doenças cardiovasculares

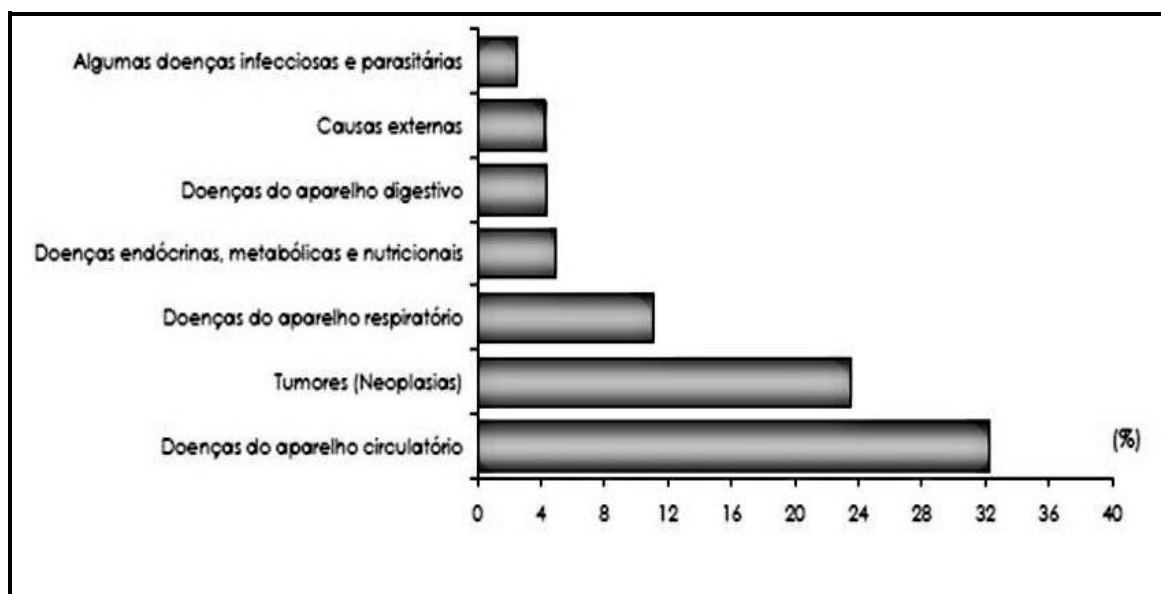
Assistimos a uma expansão da industrialização, da mecanização, dos transportes e da urbanização, a um desenvolvimento económico e acréscimo de riqueza. O decréscimo da atividade física resultante destas transformações económicas, sociais e da organização e natureza do trabalho - em que avulta o crescimento de atividades laborais de baixo gasto energético - a produção de alimentos muito calóricos, a preços mais acessíveis e ao alcance de camadas progressivamente maiores das populações, modificam radicalmente o estilo de vida dos países onde ocorre tal evolução (Abreu - Lima, 2009). É neste contexto em que predomina o sedentarismo associado a uma alimentação excessivamente calórica, entre outros fatores, que emerge a problemática das doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares correspondem ao conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos, representando a

principal causa de morte no nosso país e também uma importante causa de incapacidade. Devem-se essencialmente à acumulação de gorduras na parede dos vasos sanguíneos – aterosclerose – um fenómeno que tem início numa fase precoce da vida e progride silenciosamente durante anos. Habitualmente, o problema já está avançado no momento em que aparecem as primeiras manifestações clínicas. Isto é, as consequências mais importantes – o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a morte – são frequentemente súbitas e inesperadas. Um estilo de vida inadequado, associado a fatores de risco modificáveis, corresponde ao fator responsável pela maior parte das doenças cardiovasculares. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares. (Portal da Saúde- Ministério da Saúde, 2011)

No gráfico 1, é possível observar a distribuição percentual por algumas causas de morte, em Portugal, no ano 2008.

Gráfico 1
Distribuição percentual por algumas causas de morte, em Portugal, 2008



Fonte: INE, Estatísticas da Saúde; Estatísticas Demográficas (DGS, 2008)

Como podemos observar a partir do gráfico 1, as doenças do aparelho circulatório ou doenças cardiovasculares são também a principal causa de morte em Portugal.

1.2.1. Tipos de doenças cardiovasculares

Carrageta (2010) considera, como principais doenças cardiovasculares, as seguintes:

-A aterosclerose (proveniente das palavras “atero” e “esclerose” que em grego significam, respectivamente, gordura e duro) – doença causada pela deposição de colesterol (gordura) na parede das artérias, conduzindo ao seu endurecimento. Afeta todas as artérias do organismo, mas é particularmente nefasta quando atinge as artérias do coração, do cérebro ou dos membros.

-O enfarte do miocárdio (ataque cardíaco) – ocorre quando uma das artérias coronárias (que irrigam o coração) entope subitamente, bloqueando o acesso de sangue e oxigénio a uma zona do músculo cardíaco.

-Insuficiência cardíaca – o coração passa a ter menos força para fazer o sangue (isto é, o oxigénio e os nutrientes) chegar aos diferentes órgãos em quantidade suficiente para satisfazer as necessidades do organismo. Para compensar, o coração dilata-se ou aumenta a sua massa muscular. Estas alterações ajudam durante algum tempo, mas progressivamente o músculo cardíaco vai-se degradando e perdendo força.

-Acidente vascular cerebral (AVC) – principal causa de morte e de incapacidade de longo prazo, em Portugal. Em 80% dos casos, a causa é de natureza isquémica (obstrução de uma artéria cerebral). Outra causa frequente corresponde às hemorragias cerebrais (quando uma artéria cerebral rompe e deixa escapar o sangue para o cérebro), devido sobretudo à tensão arterial alta (hipertensão).

-Apneia obstrutiva do sono (ressonar de noite, dormir de dia) – a causa mais frequente é motivada por um bloqueio temporário das vias aéreas, por perda da tonicidade dos tecidos, com queda do palato, da úvula e da língua sobre a parte posterior da garganta que, ao obstruir, acarreta uma diminuição dos níveis de oxigénio no sangue. A obesidade e o excesso de peso são os fatores que mais contribuem para o aparecimento desta doença.

-Disfunção erétil ou impotência sexual – corresponde à incapacidade para atingir ou manter uma ereção adequada à actividade sexual. Também é uma doença cardiovascular porque a ereção depende de um bom fluxo de sangue ao pénis e a doença vascular afeta os vasos sanguíneos.

1.3.Fatores de risco relacionados com doenças cardiovasculares

Um fator de risco cardiovascular é um parâmetro anormal que se associa a um risco aumentado de doença cardiovascular. O facto de o indivíduo apresentar um fator de risco particular significa que, embora não haja certeza, tem maior probabilidade de vir a sofrer de uma doença cardiovascular (Carrageta, 2010).

De acordo com a *Carta Europeia para a Saúde do Coração* ou simplesmente *Carta do Coração* (2007), primeiro documento doutrinário, global, destinado a combater a doença cardiovascular na Europa, os fatores de risco mais conhecidos para a doença cardiovascular estão associados aos estilos de vida e incluem a elevação da pressão arterial e do colesterol sanguíneo, o consumo de tabaco, os hábitos alimentares e os níveis de atividade física de cada um. Associados à doença cardiovascular estão também o excesso de peso e a obesidade, a diabetes mellitus, o consumo excessivo de álcool e o stress psicossocial.

Na tabela seguinte, sistematizamos, de acordo com a Carta Europeia do Coração (2007), os fatores de risco cardiovascular. Estes podem ser divididos em três categorias:

Tabela 1
Factores de risco cardiovascular

Biológicos	Associados ao estilo de vida	Outros factores determinantes	
		Fixos	Modificáveis
Pressão arterial elevada	Consumo de tabaco	Idade	Rendimentos
Elevação de açúcar no sangue	Dieta pouco saudável	Sexo	Educação
Elevação de colesterol no sangue	Consumo excessivo de álcool	Genética	Condições de vida
Excesso de peso/ obesidade	Sedentariedade	Etnia	Condições de trabalho

Fonte: Carta Europeia do Coração (2007)

Pela análise da tabela 1, podemos verificar que os fatores de risco cardiovascular podem ser biológicos, associados ao estilo de vida e outros fatores (fixos ou modificáveis).

Repare-se que de acordo com a referida tabela, embora a hipertensão, a diabetes, o colesterol e o excesso de peso/obesidade estejam associados também a hábitos alimentares ou ao sedentarismo, estão classificados como fatores biológicos, admitindo-se, assim, o fato de existirem pessoas, que à partida, já têm mais tendência para sofrer destas patologias.

A síndrome metabólica corresponde a uma designação muito usada em cardiologia e é definida pela ocorrência de combinações variadas, englobando perturbações do metabolismo da glicose e insulina (diabetes), excesso de peso e obesidade abdominal, dislipidemia (colesterol e triglicerídeos) e hipertensão arterial. Isto é, corresponde ao resultado final do contributo de múltiplos fatores de risco associados com opções de estilo de vida (Santos, 2008). Isto significa, portanto, que os fatores de risco relacionados com o estilo de vida das populações são responsáveis diretos ou fonte de agravamento de outros fatores de risco.

Na tabela 2 é possível visualizar os valores de referência que permitem classificar, homens ou mulheres, como portadores da síndrome metabólica.

Tabela 2

Definição de Síndrome metabólica segundo ATP-III

(Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults).

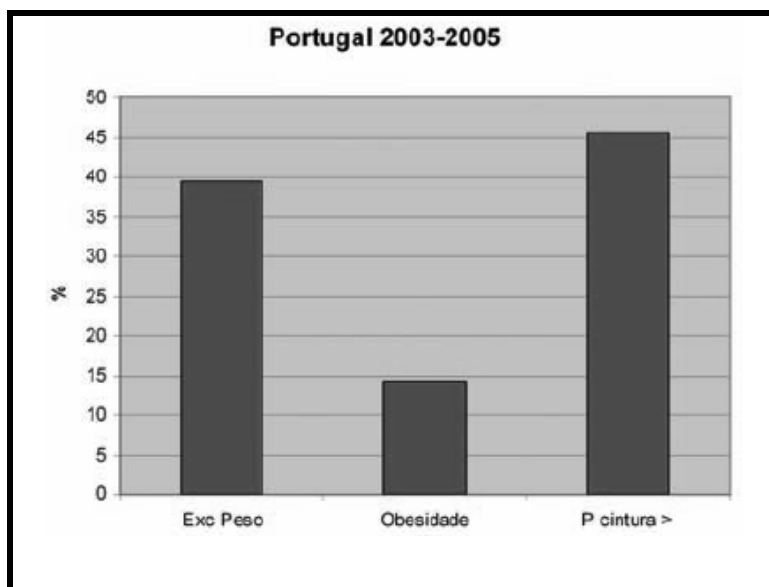
Definição da Síndrome Metabólica		
Circunferência abdominal		
Homens		>102cm
Mulheres	>88cm	
Triglicerídeos	≥150mg/dL	
Colesterol HDL		
Homens		<40 mg/dL
Mulheres	<50 mg/dL	
Pressão arterial	≥130/≥85 mmHg	
Glicose em jejum	≥110 mg/dL	

Fonte: Santos, 2008, p. 69

Repare-se que a definição da referida síndrome depende dos valores da circunferência abdominal, triglicerídeos, colesterol HDL, pressão arterial e glicose em jejum, muito associados aos estilos de vida (comportamentos de saúde) dos indivíduos.

No gráfico seguinte, podemos observar a prevalência, em Portugal (durante o período de 2003 a 2005) de excesso de peso, obesidade e perímetro da cintura aumentado - diretamente associados ao risco cardiovascular.

Gráfico 2
Prevalência de excesso de peso, obesidade e perímetro da cintura aumentado em Portugal (2003-2005)



Fonte: Carmo, Santos e Camolas citados em Abreu-Lima, 2009, p. 54

De acordo com o autor supracitado, os dados apresentados são relativos a indivíduos entre os 18 e os 64 anos e indicam que 39,4% tinham excesso de peso, 14% obesidade e que cerca de 46% apresentavam perímetro abdominal aumentado. Em comparação com rastreio idêntico levado a cabo previamente (1995-1998), a prevalência de excesso de peso/obesidade em Portugal aumentou cerca de 8% no período de 5 anos.

Este problema não afeta apenas os indivíduos na idade adulta. Fonseca (2009) salienta que, em 2002, na Europa, o excesso de peso e a obesidade afetava quase uma em cada quatro crianças. O mesmo autor refere ainda o estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) que aponta, em adolescentes dos 11 aos 16 anos, para uma prevalência de excesso de peso e obesidade de, respectivamente, 14,4% e 1,6% em 1998, 14,8% e 3,1% em 2002 e 15,2% e 2,8% em 2006.

De momento, já é possível acrescentar os dados disponibilizados pelo estudo *Health Behavior in School – aged Children* (HBSC) 2010, onde são registados valores de 15% no que concerne ao excesso de peso e de 3,4% relativos à obesidade.

A partir da observação desses dados é possível verificar o aumento gradual, sobretudo, ao nível da obesidade.

Neste contexto (Abreu-Lima, 2009), torna-se evidente a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos aos efeitos nocivos dos fatores de risco determinantes de uma doença em larga medida civilizacional e evitável. Falamos, portanto, da doença vascular aterosclerótica¹, entre os quais, o sedentarismo, o excesso de peso / obesidade e os distúrbios glucometabólicos², que se lhes associam, desempenham tão destacado papel.

1.4. Determinantes dos comportamentos em adolescentes

Apenas recentemente foi reconhecida a adolescência como um estágio do desenvolvimento humano. Esta perceção ocorreu a partir do momento em que os adultos começaram a levar em conta as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas características desta faixa etária (Sprinthall e Collins, 1999). Atualmente, devido a um aumento do período de escolaridade e a uma maior exigência do mundo do trabalho e melhoria na qualidade de vida, o período da adolescência é mais longo. (Silva, 2004)

Compreendemos, com bastante evidência, que a adolescência é uma fase da vida recheada de grandes fragilidades, resultantes de todas as transformações supramencionadas, provocando habitualmente uma crise de identidade. É o período, por excelência, de risco para o ingresso ao consumo de substâncias psicoativas. Normalmente para encontrar nessas novas buscas “respostas” para o seu viver e não só pelo facto de querer experimentar algo de novo, buscar novas emoções e desafios (Marques e Marques, 2008).

Embora, na maioria das vezes, comecem por uma simples curiosidade, há o risco de evoluírem para graves dependências. Pode inclusive condicionar o seu percurso de vida, pois o consumo de substâncias ilícitas tem consequências que se repercutem ao longo da vida do indivíduo e dos que com que eles convivem (Naia, Simões e Matos, 2008).

1 Doença que afecta as artérias, correspondendo não apenas a uma mera obstrução desses vasos, mas podendo adquirir características inflamatórias mais graves (Silva, 2004).

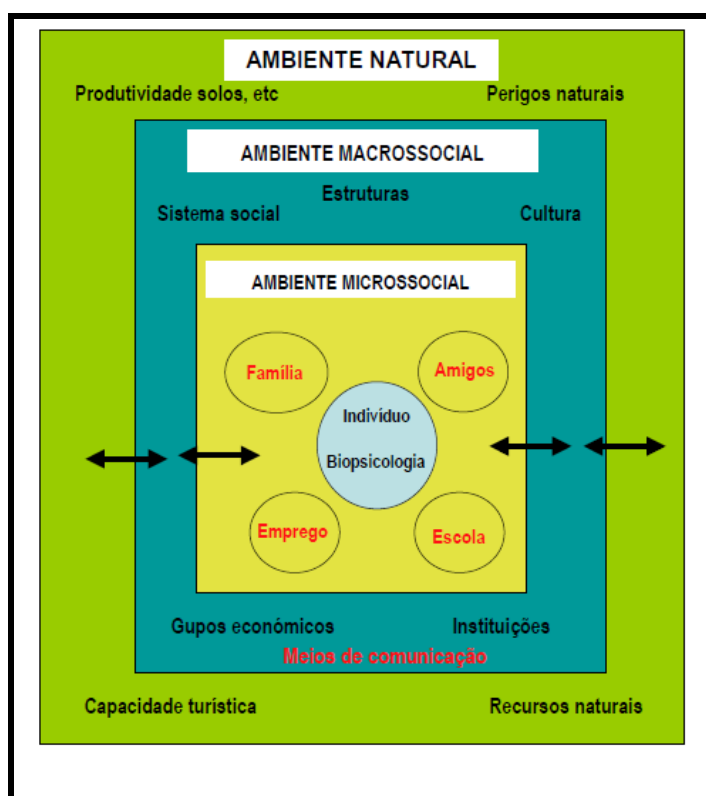
2 Inclui-se, neste grupo, a diabetes.

Estudos relativos à saúde dos adolescentes revelam que a conduta de uma elevada percentagem dos mesmos é uma forte ameaça à sua saúde. Esta situação tende a manifestar-se em idades progressivamente mais precoces. A maioria ou a totalidade desses comportamentos poderão ser evitados (Precioso, 2009).

Neste contexto, interessa compreender os fatores determinantes desse tipo de comportamentos, porque «O desenvolvimento físico do adolescente, tal como o das crianças, não ocorre no vazio. Os jovens vivem e crescem no mundo social.» (Papalia, Olds e Feldman, 2001, p. 537)

Na figura seguinte, representamos de forma esquemática os principais determinantes do estilo de vida dos indivíduos.

Figura 1
Determinantes dos estilos de vida



Fonte: Precioso (2009), adaptado de MENDOZA, PÉREZ e FOGUET (1994).

Segundo o esquema da figura 1, os estilos de vida, dos indivíduos em geral, estão relacionados com uma complexa articulação de fatores biológicos, psicológicos, micro /

macrossociais e ambientais. Desse modo, uma atuação eficaz sobre os comportamentos implica a utilização de estratégias globais, capazes de agir sobre todos os setores da vida humana. Somente, assim, será possível obter mudanças comportamentais efetivas, sustentáveis e duradouras.

A partir deste esquema é possível constatar que a escola desempenha um papel ativo no ambiente microsocial dos indivíduos. É nesse contexto, que poderemos focar a importância de educar para a saúde, como processo determinante na prevenção das doenças cardiovasculares.

1.5. O papel da educação para a saúde (na escola) na promoção da saúde cardiovascular

Tal como é mencionado na *Carta Europeia para a Saúde do Coração*, «Toda a criança nascida no novo milénio tem o direito de viver pelo menos até aos 65 anos sem sofrer de uma doença cardiovascular evitável».

Considerando a relação direta entre a prevalência das doenças cardiovasculares e determinados comportamentos de risco, torna-se fundamental a aposta na prevenção, como meio fundamental no combate a este tipo de doenças.

De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2007), existem várias razões para desenvolver estratégias de prevenção no âmbito da saúde cardiovascular:

- As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte prematura na Europa;
- Constitui uma causa importante de incapacidade e contribui significativamente para o aumento em crescendo dos custos dos cuidados de saúde;
- A aterosclerose desenvolve-se de forma insidiosa e durante muitos anos, com sintomas a surgirem apenas num estado avançado da doença;
- A morte por doenças cardiovasculares ocorre repentinamente e antes de serem prestados os cuidados médicos, pelo que muitas das intervenções terapêuticas não são aplicadas ou são paliativas;
- A grande maioria das doenças vasculares relaciona-se com estilos de vida e com fatores fisiológicos e bioquímicos modificáveis;

-Foi comprovado que a modificação de fatores de risco tem reduzido a mortalidade e a morbilidade associada às doenças cardiovasculares, particularmente em pacientes de elevado risco.

Assim, os fatores de risco podem ser combatidos das seguintes formas:

«-Pelos decisores políticos criando um enquadramento favorável, através de medidas legislativas, (nomeadamente na área da tributação ou da comercialização), ou outras medidas;

-Pelas pessoas, a título individual, adoptando comportamentos que favoreçam uma dieta saudável, sem consumo de tabaco e com prática de actividade física regular;

-Pelos profissionais de saúde, defendendo a identificação e o tratamento das pessoas em alto risco.” (Artigo 5º)

-Considerando, de igual modo, que “A abordagem destes factores de risco ao longo da vida deve ser iniciada na infância.” (Artigo 6º)» (Carta do Coração, 2007)

O artigo 6º da Carta do Coração evidencia o papel da Educação para a Saúde no combate aos fatores de risco e respetiva promoção da saúde cardiovascular.

Atendendo a que cada ser humano enquanto pessoa *única, irrepetível e insubstituível*, assiste o direito a que lhe sejam criadas as melhores condições para poder abrir e percorrer o seu *próprio caminho* e procurar atingir a sua *realização* pessoal e ao facto de cada um de nós crescer ao seu próprio ritmo e para a sua meta (Dias, 2009), podemos salientar que efetivamente a escola não cresce ninguém, mas vê os jovens crescerem gradualmente mediante um conjunto de condições que vão sendo criadas, na tentativa de formar cidadãos responsáveis, capazes de tomar as decisões certas perante um leque variado de múltiplas opções.

É pertinente salientar que, na adolescência, consolidam-se hábitos adquiridos na infância e incorporam-se novos hábitos influenciados pelo ambiente. No estilo de vida englobam-se inúmeras variáveis, tais como hábitos alimentares, exercício físico, consumo de medicamentos, álcool, tabaco e drogas, acidentes rodoviários, idade de início das relações sexuais, saúde oral, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, ocupação de tempos livres (Matos, 2008).

É nesse contexto que a escola deverá participar nas opções dos indivíduos, auxiliando-os a fazer as escolhas corretas, somente possíveis se houver uma boa informação relativa aos riscos de determinado tipo de preferências. Ainda segundo Matos (2008), a escola tem um papel importante e influente, sendo determinante no ambiente social dos adolescentes, dado contribuir para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes.

Este papel preponderante da escola deve-se, entre outros aspectos, ao facto de um jovem passar aí grande parte do seu tempo. Na escola (Despacho n.º 12.045 de 7 de Julho 2006), trabalhar para a obtenção de ganhos em saúde implica combinar estratégias de mudança pessoais e ambientais que atinjam o maior número possível de indivíduos, numa perspectiva de equidade, pois, actualmente, é reconhecida a importância dos espaços da vida diária no padrão de saúde dos indivíduos.

1.6. Problema de Investigação

Definir um problema de investigação não é somente afinar e estruturar mais formalmente a ideia da investigação, mas provavelmente a parte mais difícil e importante de toda a investigação, dado requerer um conhecimento prévio sobre a matéria a abordar e uma série de meios que permitam o seu estudo. Nem sempre é fácil definir um problema com clareza, de forma simples e completa, mas quando se torna possível fazê-lo, podemos considerá-la uma das partes mais importantes da investigação (Gómez, 2007).

Para este projecto de investigação apresentamos os seguintes problemas:

-Que conhecimentos, na ótica dos cardiologistas, deverão os alunos dominar, no âmbito da saúde cardiovascular, no final da escolaridade do ensino básico?

-Que conhecimentos relacionados com as doenças cardiovasculares possuem os alunos no final do ensino básico e que comportamentos adoptam? Será que os conhecimentos determinam os seus comportamentos?

1.7. Objetivos do estudo

Segundo Bell (2008), num projeto de investigação, mais importante do que definir uma hipótese, é debruçar-se cuidadosamente sobre o que vale ou não a pena investigar.

Atendendo a que «Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidas a adolescentes.» (Matos, 2003, p. 9), apresentamos os seguintes objetivos de estudo:

Estudo 1

-Auscultar a opinião de médicos cardiologistas sobre quais os conhecimentos, no âmbito da saúde cardiovascular, que deverão ter os alunos no final da escolaridade do ensino básico.

Estudo 2

-Analisar alguns fatores relacionados com comportamentos de saúde dos adolescentes (ambiente familiar, ambiente escolar e grupos de pares);

-Avaliar a perceção dos alunos do 9ºano relativamente a temas (tópicos) no âmbito da Educação para a saúde abordados ao longo do seu percurso escolar;

-Descrever os conhecimentos relacionados com as doenças cardiovasculares em alunos no final do Ensino Básico (3ºciclo);

-Determinar a prevalência de comportamentos relacionados com as doenças cardiovasculares em alunos no final do Ensino Básico (3ºciclo);

-Relacionar os conhecimentos de saúde dos alunos com os comportamentos de risco e salutogénicos dos mesmos.

1.8. Limitações do estudo

Este projeto de investigação envolveu dois estudos, fator que redobrou a complexidade do projeto e exigiu um grande esforço para a sua concretização face ao tempo limitado para o efeito.

Salienta-se particularmente o primeiro estudo, dada a grande dificuldade em conseguir os contatos com os cardiologistas e posterior concretização das entrevistas.

Uma vez que a saúde cardiovascular depende de um conjunto de comportamentos salutareis muito diversificados, foi indispensável a consulta de uma grande quantidade de bibliografia. A seleção das fontes de informação mais adequadas e respectiva integração harmoniosa das mesmas converteu-se num processo moroso, exigindo uma grande capacidade para objetivar e definir metas concretas.

A técnica de recolha de dados usada no primeiro estudo foi a entrevista. Salientamos a falta de experiência da investigadora neste campo e o empenho necessário para aplicar um guião semi-estruturado e desdobrá-lo em questões apropriadas à recolha de informação minuciosa, pertinente e ajustada aos objetivos do estudo.

Quanto à técnica de recolha de dados usada no segundo estudo, inquérito por questionário, é de salientar que embora a investigadora não tenha percecionado casos concretos, há sempre o risco de alguns alunos não responderem com a seriedade desejada.

Ainda relativamente ao segundo estudo, salientamos o facto do teste de conhecimentos relativo às doenças cardiovasculares (integrado no inquérito usado) apresentar uma quantidade de questões limitada. Uma avaliação minuciosa dos conhecimentos dos discentes, passaria por fazê-la corresponder a uma parte individualizada do estudo, para a qual não houve disponibilidade de tempo.

1.9. Descrição geral da estrutura da dissertação

Esta dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, após a introdução (1.1), procedemos a uma contextualização teórica, através de uma breve abordagem às doenças cardiovasculares (1.2), aos factores de risco (1.3) associados a esse grupo de doenças e aos determinantes dos comportamentos em adolescentes (1.4). No capítulo 1, analisámos ainda o papel da educação para a saúde (na escola) na promoção da saúde cardiovascular (1.5), apresentamos o problema da investigação (1.6), os objectivos do estudo (1.7), as limitações do estudo (1.8) e a presente descrição geral da estrutura da dissertação (1.9).

No segundo capítulo, apresentamos a informação relativa à revisão da literatura, elaborada com a finalidade de obter uma base teórica que sustente toda a investigação. Desse modo, após a secção introdutória (2.1), aprofundamos alguns aspetos inicialmente apresentados na contextualização teórica, centrando a nossa atenção no grupo de doenças cardiovasculares (2.2) – breve referência ao sistema circulatório, causas e consequências das doenças cardiovasculares – e respectivos factores de risco (2.3), descritos, de acordo com a Carta Europeia do Coração, em biológicos, associados aos estilos de vida e outros.

No segundo capítulo, efetuamos, ainda, uma abordagem aos determinantes dos comportamentos em adolescentes (2.4.), enfatizando a relação com a escola, a interação com a família e a influência dos pares. Relacionámos também os conhecimentos com os comportamentos (2.5), não dispensando uma breve referência aos Modelos de Educação para a Saúde, bem como uma análise da relação entre os conhecimentos dos alunos no âmbito da saúde cardiovascular e as Orientações Curriculares para a disciplina de Ciências Naturais do 3º Ciclo. No ponto 2.6. analisamos os comportamentos dos alunos (evolução da prevalência e determinantes), através de uma referência a hábitos alimentares, de consumo de álcool e tabágicos, bem como no que concerne à actividade física, em adolescentes Portugueses e Europeus.

O segundo capítulo é concluído com uma referência mais aprofundada ao papel da educação para a saúde (na escola) ao nível da promoção da saúde cardiovascular (2.5).

O terceiro capítulo, corresponde a uma descrição detalhada da metodologia usada na parte empírica da investigação. Após a secção introdutória (3.1), apresenta-se uma síntese da

Investigação (3.2). Seguidamente, descrevemos, para cada um dos dois estudos, a população e amostra (seleção e caracterização), bem como as técnicas de recolha e de tratamento dos dados.

No quarto capítulo, apresentamos e analisamos os resultados obtidos neste projeto de investigação. Após a introdução (4.1), no ponto 4.2. descrevemos e analisamos os resultados do estudo 1. No ponto 4.3. procedemos de igual modo para o estudo 2. Este último, está subdividido nos seguintes itens: fatores passíveis de influenciar os comportamentos dos alunos (4.3.1), onde se inclui o ambiente familiar (4.3.1.1), o ambiente escolar (4.3.1.2) e o grupo de pares (4.3.1.3), a educação para a saúde – tópicos abordados na escola (4.3.2), conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares (4.3.3) e comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares (4.3.4). No âmbito dos comportamentos, abordamos os hábitos alimentares (4.3.4.1.) os hábitos de consumo de álcool (4.3.4.2), os hábitos de consumo de tabaco (4.3.4.3) e o exercício físico, lazer e descanso (4.3.4. 4).

No quinto capítulo, apresentamos as conclusões e implicações desta investigação. Após a introdução (5.1), apresentam-se as conclusões da investigação resultantes do primeiro estudo com cardiologistas (5.2) e as resultantes do segundo estudo com alunos no final do Ensino Básico (5.3), efetua-se uma possível relação entre os conhecimentos e os comportamentos dos alunos (5.4) discutem-se as implicações dos resultados obtidos (5.5) e apresentam-se sugestões para futuras investigações (5.6).

Termina-se esta dissertação apresentando as referências bibliográficas e os anexos considerados fundamentais para a compreensão e fundamentação do estudo efetuado.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Introdução

Após a presente secção introdutória (2.1), procedemos a uma abordagem ao grupo de doenças cardiovasculares (2.2), destacando alguns aspetos inerentes ao sistema do organismo ligado a essas doenças (sistema circulatório – 2.2.1), consequências (2.2.2) e causas (2.2.3). Seguidamente, apresentamos os fatores de risco relacionados com doenças cardiovasculares (2.3), subdivididos em fatores de risco biológicos (2.3.1), fatores de risco associados aos estilos de vida (2.3.2) e outros fatores de risco (2.3.3). Os fatores de risco biológico incluem a Hipertensão (2.3.1.1), a Diabetes (2.3.1.2), o Colesterol (2.3.1.3) e a Obesidade (2.3.1.4). Por sua vez, os fatores de risco associados aos estilos de vida incluem o consumo de tabaco (2.3.2.1), a dieta pouco saudável (2.3.2.2), o consumo excessivo de álcool (2.3.2.3) e o sedentarismo (2.3.2.4).

No ponto 2.4, apresentamos os determinantes dos comportamentos em adolescentes, destacando a relação escola – comportamentos de saúde dos adolescentes (2.4.1), O ambiente familiar - comportamento de saúde dos adolescentes (2.4.2) e a influência dos pares (2.4.3).

No ponto 2.5, expomos informação relativa à relação entre os conhecimentos e os comportamentos, destacando os Modelos de Educação para a Saúde (2.5.1), e a relação entre os conhecimentos dos alunos no âmbito da saúde cardiovascular e as orientações curriculares para a disciplina de Ciências Naturais no 3º Ciclo (2.5.2).

Posteriormente, abordamos os comportamentos dos alunos (2.6), salientando os hábitos alimentares em adolescentes portugueses e europeus (2.6.1), os hábitos de consumo de álcool em adolescentes portugueses e europeus (2.6.2), os hábitos tabágicos em adolescentes europeus e portugueses (2.6.3) e atividade física em adolescentes europeus e portugueses (2.6.4).

O ponto 2.6.1 foi subdividido, por sua vez, em 2.6.1.1 (evolução da prevalência da ingestão de alimentos saudáveis em jovens portugueses) e 2.6.1.2 (determinantes dos hábitos alimentares). O ponto 2.6.2 aborda a evolução da prevalência de ingestão de álcool em adolescentes portugueses (2.6.2.1) e os determinantes do consumo de álcool pelas crianças e

jovens (2.6.2.2). Em 2.6.3, enfatizamos a evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses (2.6.3.1) e os determinantes do consumo de tabaco pelas crianças e jovens (2.6.3.2). Por fim, no ponto 2.6.4, destacamos a evolução da prevalência da atividade física em adolescentes portugueses (2.6.4.1) e os determinantes da atividade física pelas crianças e jovens (2.6.4.2).

O capítulo é concluído com uma referência aos determinantes dos comportamentos de saúde e ao papel da Educação para a Saúde (na escola) na promoção da saúde cardiovascular (2.7).

2.2. Doenças cardiovasculares

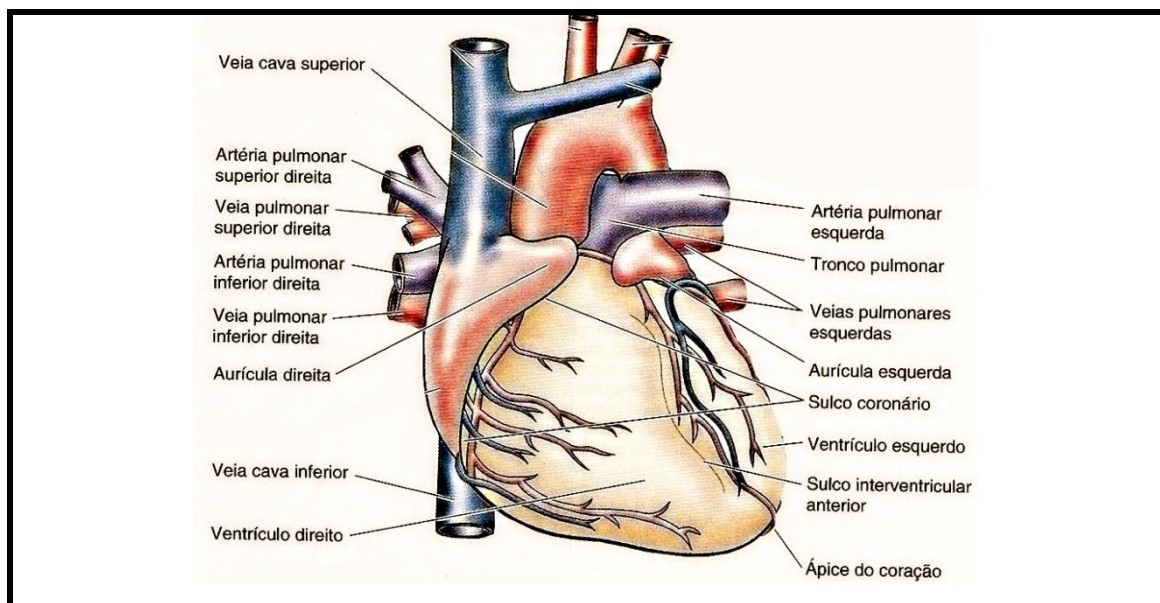
No início do século XX, a esperança média de vida, em Portugal, não atingia os 50 anos. A elevada mortalidade neonatal, infantil e nos adultos jovens era devida sobretudo às doenças infetocontagiosas. Atualmente, as doenças cardiovasculares são responsáveis, em todo o mundo, por mais de 17 milhões de mortes, representando mais perdas do que as causadas pelo cancro e pela SIDA, em conjunto. Não obstante, a comunicação social tem enfatizado mais as doenças raras ou exóticas, desviando a visibilidade pública das doenças cardiovasculares, afetando, assim, as prioridades da sua prevenção (Carrageta, 2010).

De acordo com os dados estatísticos 2008, do Instituto Nacional de estatística (INE), as doenças cardiovasculares correspondem de facto à principal causa de morte em Portugal.

2.2.1. Breve referência ao sistema circulatório

Uma abordagem às doenças cardiovasculares, também designadas por doenças do aparelho circulatório, implica necessariamente a compreensão de alguns conceitos básicos relativos à morfologia e fisiologia do sistema circulatório.

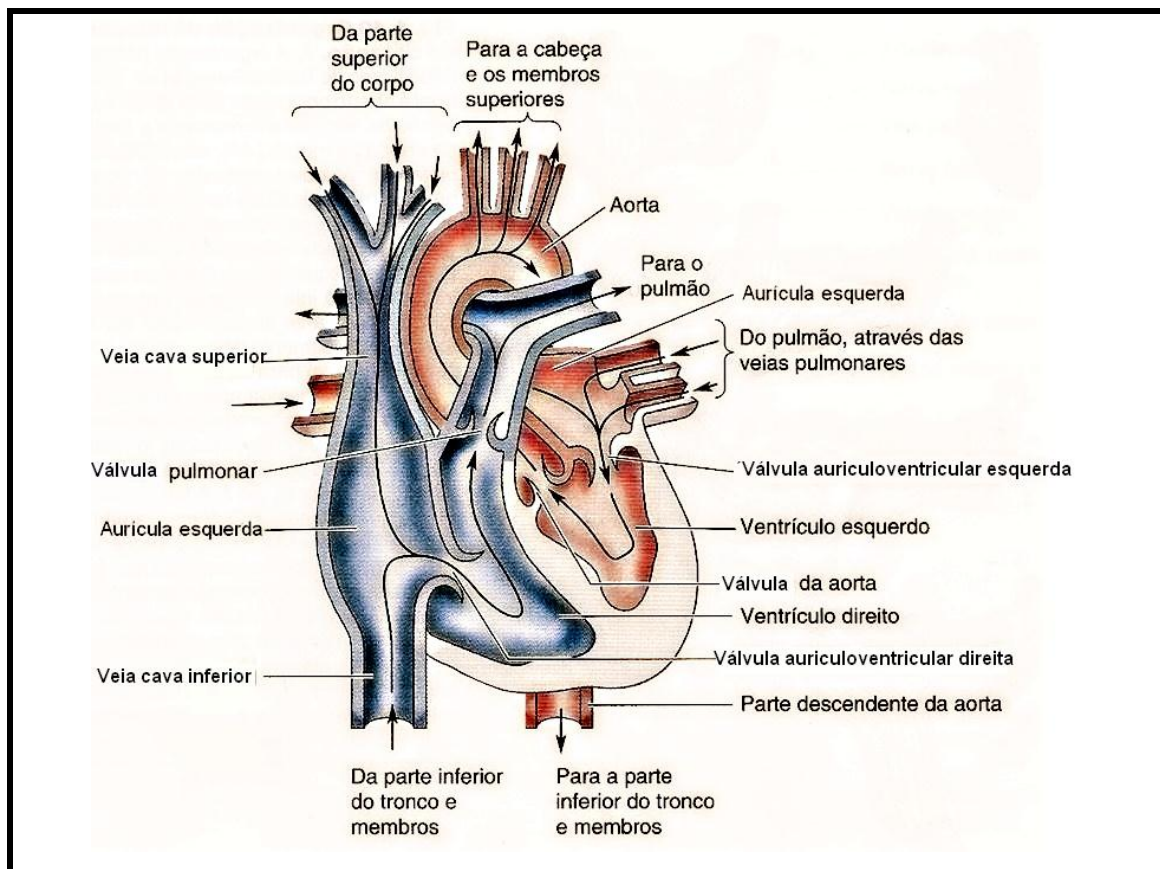
Figura 2
Morfologia externa do coração



Fonte: Adaptado de Moore e Dalley, 2007, p.134

O coração (Figura 2) é constituído por uma massa contráctil (o miocárdio) e é o órgão central da circulação (Pina, 2007). Esse órgão pode ser subdividido em duas partes: a metade direita, onde circula sangue venoso (desoxigenado) e a metade esquerda, onde circula sangue arterial (oxigenado). Cada uma destas metades do coração é constituída por duas cavidades, uma superior – a aurícula – e outra inferior – o ventrículo. (Pina, 2007) – Figura 3

Figura 3
Morfologia interna do coração



Fonte: Adaptado de Moore e Dalley, 2007, p. 131

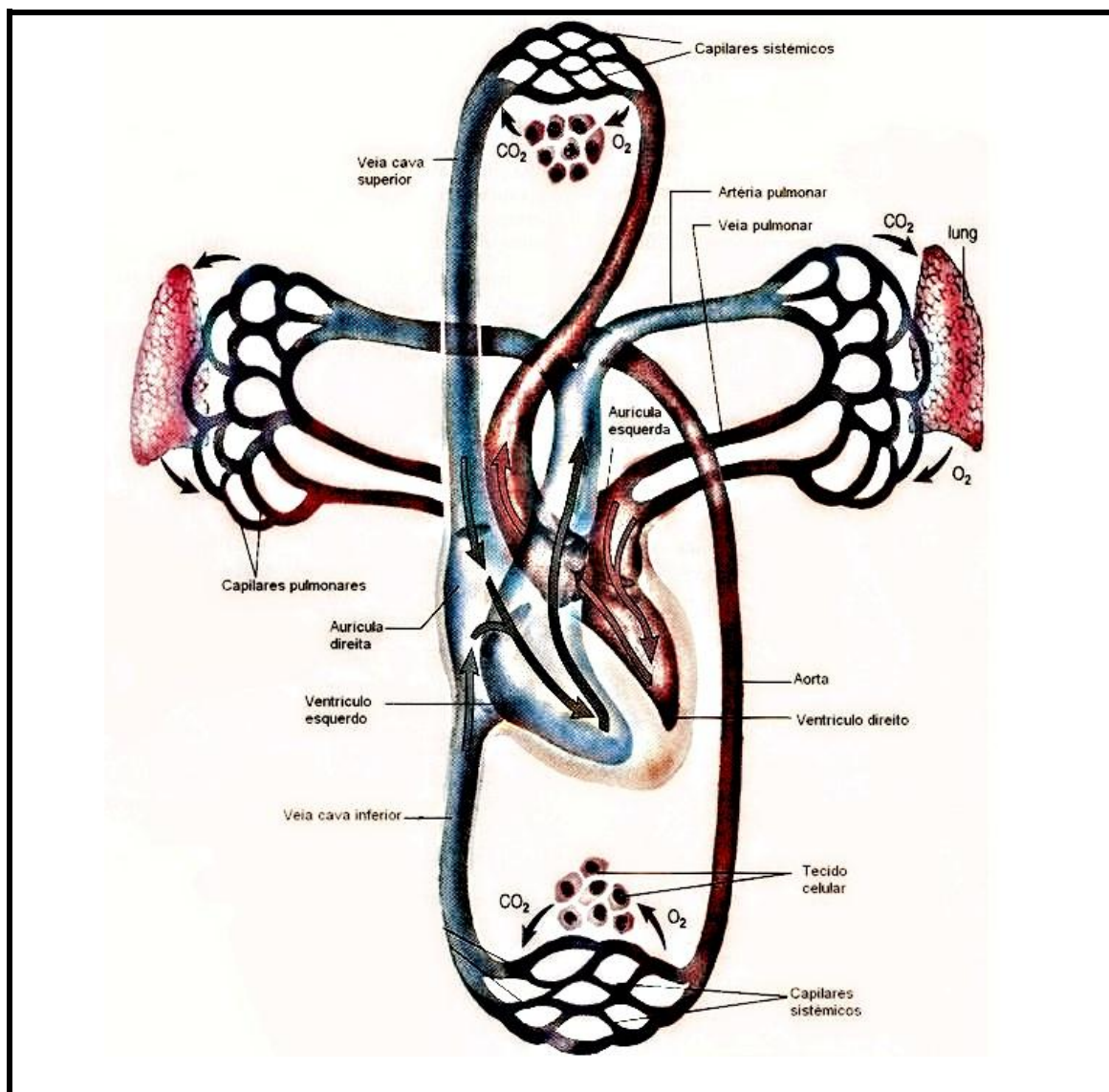
O sangue flui ao longo de um circuito contínuo, o sistema circulatório, ou seja, o coração (ligeiramente maior do que uma mão fechada) é uma bomba dupla, autoajustável, de sucção e pressão, cujas porções trabalham em conjunto para impulsionar o sangue por todas as partes do corpo (Moore e Dalley, 2007).

Todas as células do organismo precisam de oxigênio e nutrientes para funcionarem. O veículo de transporte que faz chegar estas e outras substâncias às células é o sangue. Este fluido viaja continuamente através de uma complexa rede de vasos sanguíneos. O coração funciona como motor de todo este sistema, bombeando o sangue e as substâncias que este transporta, para todas as partes do corpo (Fundação Portuguesa de cardiologia, s/d).

Na Figura 4, é possível visualizar a circulação sanguínea humana. Esta pode ser subdividida em pequena circulação ou circulação pulmonar e grande circulação ou circulação

sistêmica. A pequena circulação transporta o sangue venoso do ventrículo direito aos pulmões, onde sofre hematose (fenômeno que permite a transformação do sangue desoxigenado em sangue oxigenado), retornando à aurícula esquerda através das veias pulmonares. A grande circulação é constituída pela aorta que transporta o sangue arterial do ventrículo esquerdo a todos os tecidos, retornando à aurícula direita através das veias cavas inferior e superior. (Pina, 2007)

Figura 4
Circulação sanguínea humana



Fonte: Adaptado de Mader, 1998, p.796

2.2.2. Consequências das doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são responsáveis por uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade, dadas as repercussões que têm para a saúde dos indivíduos. Na tabela 3, podemos constatar que o grupo das doenças do aparelho circulatório (VII) é de facto aquele que mais contribuiu para a taxa de morbilidade hospitalar, no continente, em 2008.

Tabela 3

Morbilidade Hospitalar – total de doentes saídos dos hospitais

(incluindo hospitais gerais e especializados, excluindo os hospitais psiquiátricos), segundo o sexo e demora média observada, por grupos de doenças, Continente, 2008

Grupos de doenças (Capítulos da CID-9)	Doentes saídos (I)				DM (dias)
	HM	H	M	(%)	
Total	1484307	777270	907037	100,0	4,0
Doenças infecciosas e parasitárias (I)	21255	11879	9376	1,3	11,5
Tumores (II)	98800	44843	53957	5,9	8,0
Doenças glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo (III)	25613	9574	16039	1,5	7,3
Doenças do sangue e Órgãos hematopoiéticos (IV)	8039	3553	4486	0,5	8,2
Transtornos mentais (V)	22052	10814	11238	1,3	17,3
Doenças do sistema nervoso e Órgãos dos sentidos (VI)	109932	42140	67812	6,5	1,5
Doenças do aparelho circulatório (VII)	144209	75689	68520	8,6	7,3
Doenças do aparelho respiratório (VIII)	102480	57385	45095	6,1	8,0
Doenças do aparelho digestivo (IX)	113767	63908	49859	6,8	5,7
Doenças do aparelho geniturinário (X)	80524	29505	51019	4,8	4,5
Complicações da gravidez, parto e puerpério (XI)	103480		103480	6,1	3,4
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo (XII)	18947	10453	8494	1,1	4,6
Doenças sistema osteo-muscular e tecido conjuntivo (XIII)	43550	18009	25541	2,6	5,7
Malformações congénitas (XIV)	8797	5411	3386	0,5	4,6
Afecções perinatais (XV)	2235	1335	900	0,1	5,7
Sintomas, sinais e afecções mal definidas (XVI)	16148	9178	6970	1,0	2,9
Lesões e envenenamentos (XVII)	70167	36860	33307	4,2	9,6
Outras categorias	694292	346734	347558	41,2	0,7

Fonte: Dados estatísticos do INE, 2008.

As consequências mais importantes deste grupo de doenças verificam-se ao nível do cérebro (doenças cerebrovasculares), onde se inclui, por exemplo, a trombose ou a hemorragia cerebral; das artérias do coração (angina de peito, enfarte do miocárdio, morte súbita); dos membros inferiores (claudicação intermitente ou gangrena); das artérias renais (insuficiência renal, ou hipertensão secundária); das artérias do pénis (impotência), ou das artérias que irrigam o intestino. (Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, s/d)

2.2.3.Causas das doenças cardiovasculares

«O coração tem uma grande capacidade de se adaptar aos diferentes estados emocionais e físicos pelos quais passamos. No entanto, como todas as “máquinas”, sofre um desgaste de acordo com as situações a que é sujeito.» (Fundação Portuguesa de Cardiologia, s/d)

Considerando a afirmação anterior, podemos considerar que «o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interação de quatro variáveis: a biologia humana (genética e envelhecimento), meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio - cultural), estilo de vida (comportamentos ligados à saúde) e sistema de saúde (cobertura e acessibilidade).» (Precioso, 1992 citado em Antunes, 2008b, p. 627)

No caso das doenças cardiovasculares, embora não possamos excluir a influência de todas as variáveis citadas, há uma forte influência do estilo de vida (comportamentos ligados à saúde) na sua elevada incidência, nomeadamente em Portugal.

«Adoecer ou morrer do coração, antes dos oitenta, é culpa do homem e não de Deus ou da Natureza!» (Paul White citado por Pádua – Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, s/d)

Esta afirmação salienta a relevância dos estilos de vida na saúde cardiovascular. A doença cardiovascular apresenta assim um carácter multifatorial e poligénico para as quais são apresentadas as seguintes causas:

- causas ambientais, como o excesso de peso, obesidade, tabagismo, sedentarismo e stress;
- doenças crónicas associadas, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias³, doenças inflamatórias /autoimunes⁴, doenças renais e pancreatite (inflamação do pâncreas) ou infeção VIH;
- doenças hereditárias frequentes, como dislipidemias hereditárias;
- doenças hereditárias raras, nomeadamente do metabolismo. (Gaspar, 2010)

³ **Dislipidemia** é um termo usado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos (gorduras) no sangue. (Fundação Portuguesa de Cardiologia)

⁴ Segundo a DecoProtest (<http://www.deco.proteste.pt/doencas/conviver-com-doencas-auto-imunes-s552041.htm>) A **autoimunidade** resulta de uma falha do sistema imunitário, que reconhece elementos do próprio corpo como estranhos e ordena a produção de anticorpos para combatê-los. Exemplos de doenças autoimunes: lúpus, esclerose múltipla ou artrite reumatoide.

2.3.Fatores de risco relacionados com doenças cardiovasculares

«A saúde cardiovascular das populações está ameaçada por uma alimentação excessiva em calorias, pela diminuição da actividade física, por vários factores sócio - culturais e pela perda das seculares situações de eugenia por selecção natural permitindo agora a reprodução de pessoas com predisposição genética para doença cárdio - metabólica que no passado teriam menos condições para o fazer.» (Duarte, 2008, p.66)

Embora possa existir uma predisposição genética para o aparecimento de doenças cardiovasculares, falar destas doenças torna indispensável uma abordagem aos fatores de risco cardiovascular. Assim, de acordo com a Carta Europeia do Coração (2007), os fatores de risco mais conhecidos para a doença cardiovascular englobam fatores diretamente ligados ao estilo de vida, aos hábitos alimentares e aos níveis de atividade física de cada um.

Isto é, de tal como consta no referido documento, os fatores de risco cardiovascular podem ser:

- Biológicos (pressão arterial alta, elevação de açúcar e do colesterol no sangue, excesso de peso/obesidade);
- Associados ao estilo de vida (consumo de tabaco, dieta pouco saudável, consumo excessivo de álcool, sedentarismo);
- Outros fatores (fixos – idade, sexo, genética e etnia; modificáveis – rendimentos, educação, condições de vida e de trabalho).

Baseados na classificação apresentada pela *Carta Europeia do Coração*, vamos proceder a uma análise dos vários fatores de risco cardiovascular, isto é, biológicos, associados aos estilos de vida e outros fatores determinantes.

2.3.1. Fatores de risco biológico

Estes fatores, tal como já referimos, não são independentes dos estilos de vida e englobam a pressão arterial alta (hipertensão), elevação do açúcar no sangue (diabetes), elevação do colesterol no sangue e o excesso de peso/obesidade.

2.3.1.1.Hipertensão

Noção

«A hipertensão arterial é um problema médico de grande importância visto que afecta mais de 20% da população mundial e é o principal factor de risco de todas as doenças cardíaco cérebro vasculares.» (Póvoa, 2008, p.20)

Já referimos a importância da circulação sanguínea e a necessidade do sangue chegar a todos os tecidos e células do nosso organismo. Para que tal aconteça, é necessária a existência de alguma pressão sobre as paredes das artérias, que é normal e, inclusive, essencial para que o sangue chegue ao seu destino. Essa pressão é denominada de “Pressão arterial”. De forma a perceber a problemática da hipertensão ou tensão arterial alta, a Fundação Portuguesa de Cardiologia explica-a do seguinte modo:

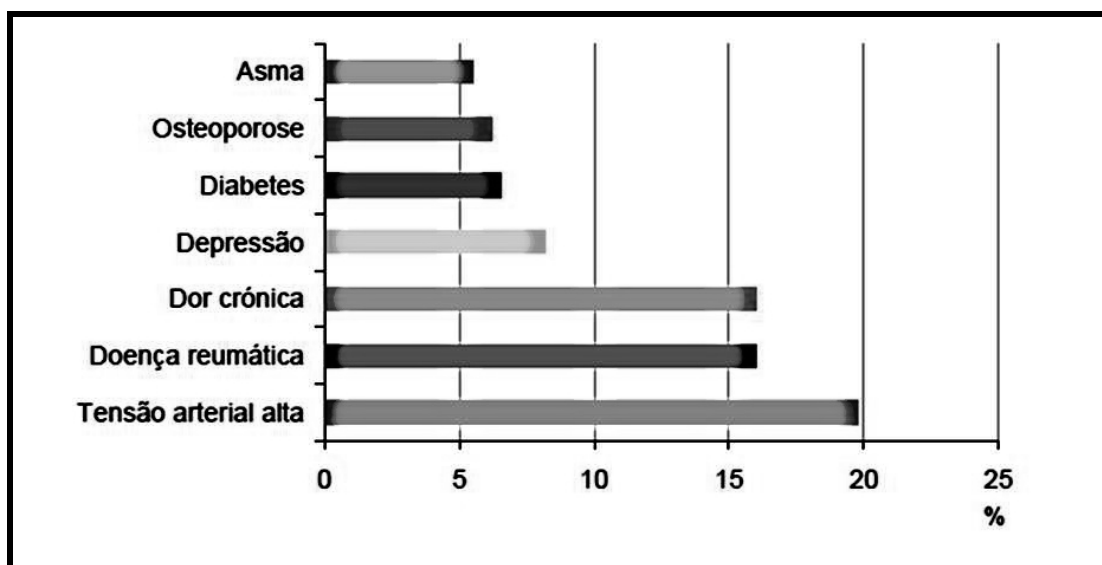
-Considere as artérias como mangueiras. Em estado saudável, o sangue flui com facilidade pelo seu interior, sem qualquer obstáculo, ao longo do percurso que percorre até às células. No entanto, se nestas “mangueiras” o sangue se encontra sobre pressão, o coração tem de esforçar-se mais para fazer circular o sangue. Nesta situação, o esforço pode levar a que a massa muscular do coração aumente, promovendo um aumento do volume do coração - hipertrofia. Numa primeira fase, o aumento muscular cardíaco não representa qualquer problema. Contudo, com o passar do tempo, esta hipertrofia pode levar a insuficiência cardíaca, angina de peito ou arritmia.

A tensão arterial ou pressão, de cada indivíduo, varia de momento a momento, em resposta às diferentes atividades e emoções. De uma maneira geral, considera-se que os níveis tensionais ótimos não devem ser superiores a 120mmHg (tensão máxima) e 80mmHg (tensão mínima). Um indivíduo é hipertenso quando tem a tensão arterial repetidamente igual ou superior a 140/90mmHg (Carrageta, 2010).

Prevalência

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, a doença crónica mais frequente é a tensão arterial alta, tendo sido referida por 19,8% de residentes em Portugal (Gráfico 3).

Gráfico 3
Prevalência de doenças crónicas referidas com maior frequência, Portugal, 2005

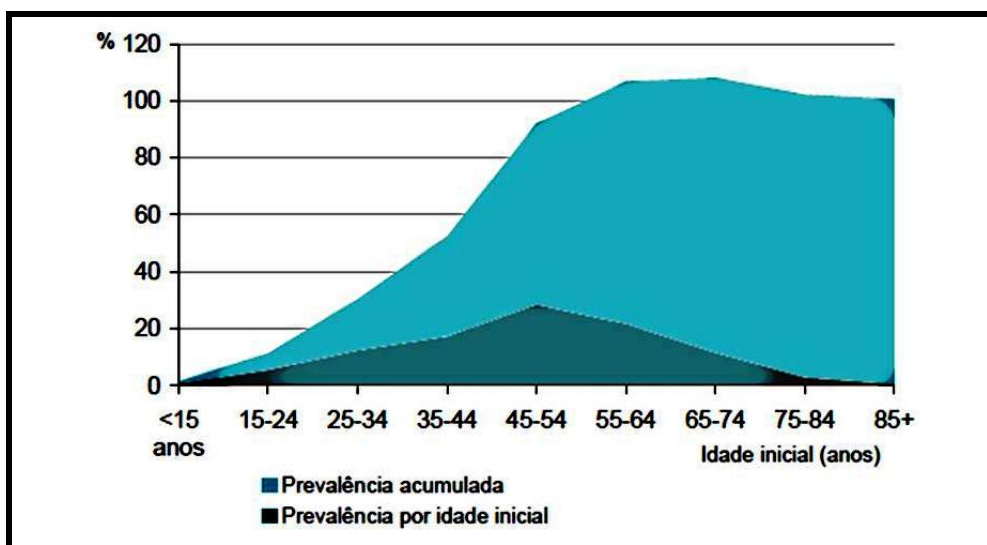


Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

As mulheres mencionaram este problema com mais frequência, 23,2%, do que os homens, com 16,1%. Para ambos os sexos, observaram-se frequências superiores a 80% a partir do grupo etário 45-54 anos.

O apuramento das prevalências por idade de início da doença corrobora esta conclusão, registando-se uma frequência mais elevada de idade de início a partir dos 45-54 anos de idade (Gráfico 4).

Gráfico 4
Prevalência de hipertensos por idade inicial, Portugal, 2005/2006



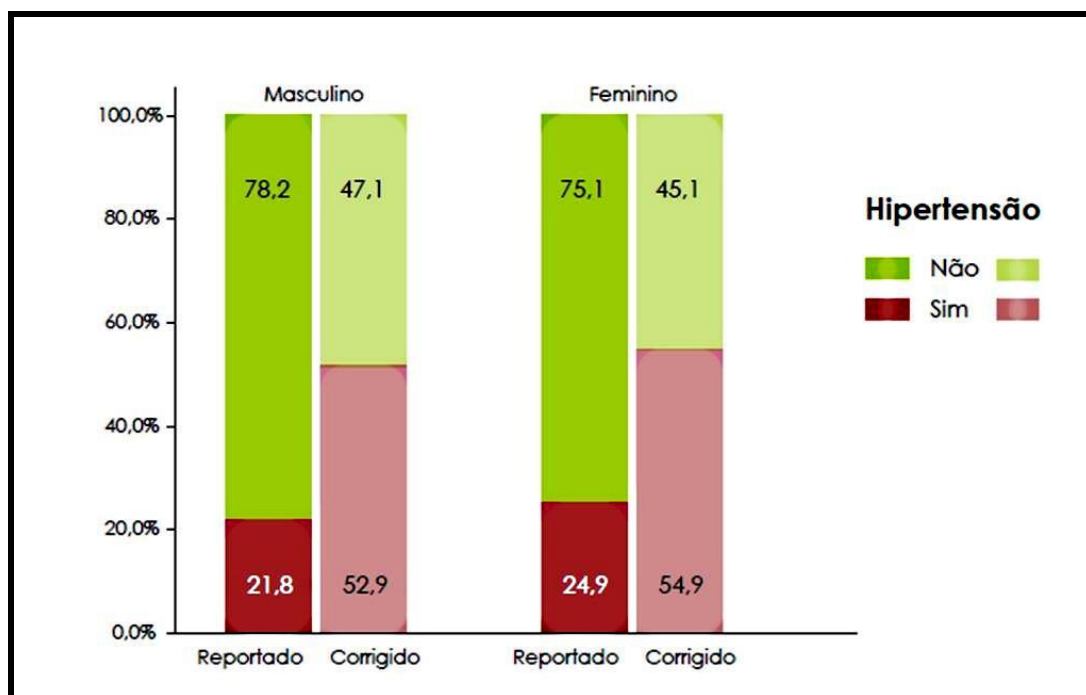
Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-200

Ainda no âmbito da hipertensão e outros fatores de risco, podemos reportar-nos ao Estudo AMÁLIA – um Estudo Epidemiológico de Avaliação do Risco de Doença Cardiovascular em Portugal, considerado o maior estudo sob a prevalência percecionada (referida pelo próprio) e caracterização dos principais fatores de risco de doença cardiovascular realizado, em Portugal Continental e Regiões Autónomas, entre outubro 2006 e fevereiro de 2007. Este estudo incidiu em indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior aos 40 anos. (Perdigão et al, 2009).

Embora o estudo AMÁLIA não incida sobre a população adolescente (objeto de estudo neste projeto), torna-se importante a sua abordagem na medida em que retrata os hábitos de indivíduos adultos, refletindo também os hábitos dos jovens, pois muitos deles são pais e educadores.

Relativamente à hipertensão arterial (HTA) o referido estudo confirma uma prevalência superior no sexo feminino (24,9%) em comparação com o sexo masculino (21,8%), tal como podemos observar no gráfico seguinte.

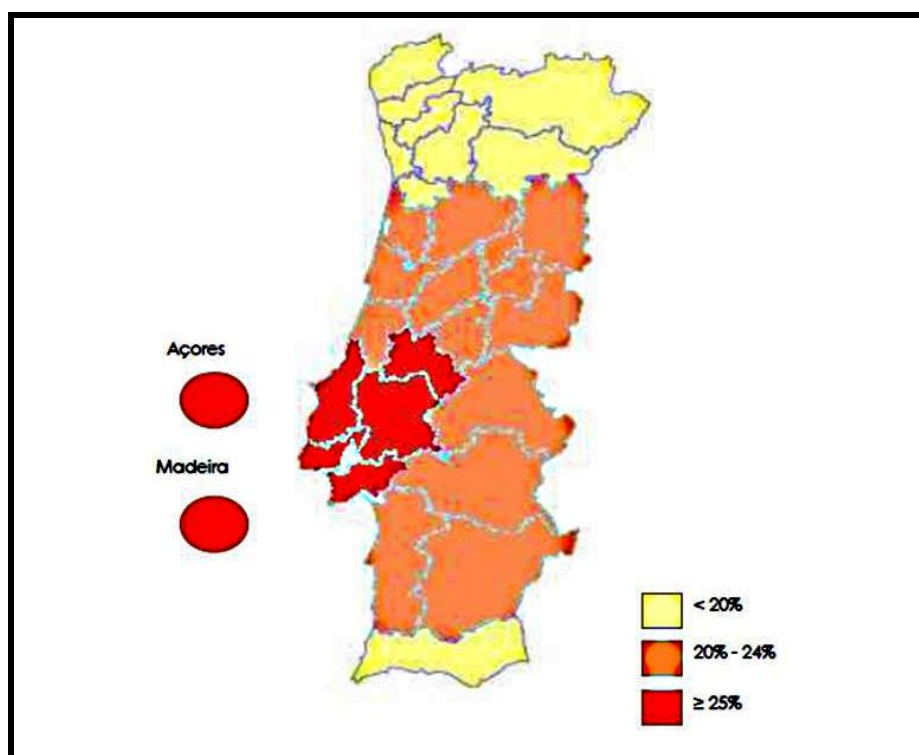
Gráfico 5
Prevalência da Hipertensão Arterial, em função do género



Fonte: Estudo AMÁLIA, 2006-2007

Ainda segundo este estudo, em termos de prevalência de HTA por região (Figura 5), verifica-se que a prevalência mais elevada se registou na Região Autónoma dos Açores (35,6%) e na Região de Lisboa e Vale do Tejo (28,4%). A Região do Algarve e a Região Norte apresentaram as prevalências mais baixas (respetivamente 18,3% e 19,3%). As regiões da Madeira, do Centro e do Alentejo exibiram valores intermédios de respetivamente 25,7%, 23,7% e 23%.

Figura 5
Prevalência da Hipertensão Arterial, em diferentes regiões do país



Fonte: Estudo AMÁLIA 2006-2007

O estudo AMÁLIA exibiu, ainda, uma maior prevalência da HTA nos indivíduos com antecedentes familiares de doença cardiovascular, expressando certamente a base genética destas situações. Por outro lado, o facto de se ter notado uma maior prevalência da HTA nos indivíduos que já tiveram enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral confirma a importância deste fator de risco nas doenças cardiovasculares.

Verificou-se também que a prevalência de HTA é inversamente proporcional ao nível de escolaridade e é maior em indivíduos com excesso de peso / obesidade. A maior prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos que não praticavam exercício físico, vem chamar a atenção para a necessidade de encarar a hipertensão arterial como um problema de saúde pública, cuja prevenção passa por medidas como a alimentação saudável com redução calórica e de sal, exercício físico regular e controlo do peso. (Perdigão, Duarte, Rocha e Santos, 2009)

Prevenção

De acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (2007) deve reduzir-se o consumo de sal, sobretudo se a pressão arterial for elevada, ingerindo produtos frescos ou congelados sem sal. Muitos alimentos processados, inclusive o pão, contêm elevado teor de sal.

A Fundação Portuguesa de Cardiologia recomenda a medição regular da tensão e ainda:

-A Prática de atividade física (evitando esforços excessivos)
A prática de uma atividade física regular consegue, em muitos casos, uma descida significativa dos níveis da tensão. Devem ser escolhidos exercícios que compreendam movimentos cíclicos (como a natação, a marcha, a corrida ou a dança) e evitados esforços físicos bruscos (por exemplo, levantar pesos ou empurrar objetos pesados) que aumentam a pressão arterial durante o esforço.

-Comer de forma saudável e reduzir o sal.
Deixar de utilizar sal de mesa (se ainda o faz) e substituí-lo por condimentos alternativos, como ervas aromáticas ou sumo de limão. Evitar também todos os alimentos naturalmente salgados ou aos quais tenha sido adicionado sal durante a sua preparação: caso dos enchidos, enlatados, comidas pré-preparadas, aperitivos ou águas minerais com gás. Evitar as bebidas alcoólicas e, se tiver excesso de peso, procurar reduzi-lo através de uma dieta moderada.

Concluimos, salientando os efeitos nefastos do consumo abusivo de sal, sendo possível considerar que os benefícios cardiovasculares associados a uma redução da ingestão de sal estão ao nível das restrições do consumo de tabaco, do peso e dos níveis de colesterol. A Sociedade Portuguesa de Hipertensão tem definido como uma das suas maiores batalhas, na atualidade, a luta contra o consumo exagerado de sal na nossa população, considerando os ganhos em saúde, que seriam obtidos, com uma política de redução progressiva do teor em sal na nossa alimentação (Silva, 2010).

2.3.1.2.Diabetes

«A diabetes é uma doença que afecta de forma grave todo o organismo, sobretudo quando mal controlada, atingido nomeadamente o coração, os olhos, os rins, os nervos, as artérias e o cérebro.» (Carrageta, 2010, p. 159)

Noção

A Diabetes é uma doença relacionada com o excesso de um açúcar – a glicose – no sangue. A glicose é uma molécula simples que provém da transformação dos hidratos de carbono (glicídios) complexos pelo nosso organismo e que é indispensável ao metabolismo das células do nosso corpo, como fonte de energia. A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas, responsável por auxiliar a glicose a passar do sangue para o interior das células, onde será usada como fonte de energia. Estamos perante uma situação de diabetes quando o pâncreas não é capaz de produzir esta hormona em quantidade suficiente, e/ou quando a insulina não atua de modo eficaz. Quando a insulina não atua, o organismo entra em hiperglicemia, ou seja, a glicose acumula-se no sangue, deteriorando progressivamente os vasos sanguíneos. Por esta razão, as doenças cardiovasculares como a angina de peito, o enfarte agudo do miocárdio e a morte cardíaca súbita são mais frequentes em doentes diabéticos (sobretudo na diabetes tipo II), do que na população em geral. (Fundação Portuguesa de Cardiologia, s/d)

A diabetes pode ser de dois tipos (1 e 2). A diabetes tipo 1, embora tenha uma carga genética, é desencadeada por agressões ambientais, como vírus e toxinas, que levam à destruição das células do pâncreas (produtoras de insulina) e também por auto anticorpos produzidos pelo próprio organismo. A diabetes de tipo 2 engloba cerca de 90% de todos os casos de diabetes e é também denominada diabetes do adulto. Neste caso, embora possa existir uma predisposição genética, são os estilos de vida pouco saudáveis que desencadeiam a doença (Carcajeiro, 2009)

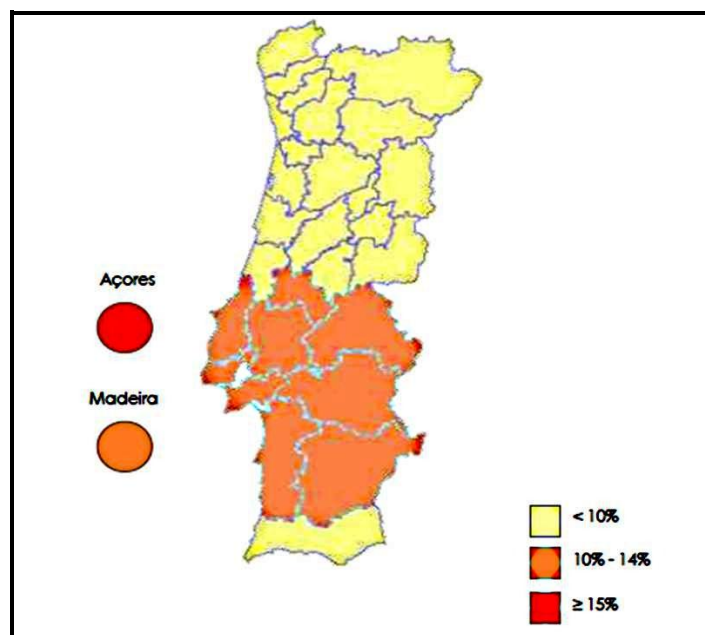
Prevalência

Apesar da diabetes não apresentar uma prevalência tão elevada como a hipertensão, os resultados do Estudo AMÁLIA, relativamente à diabetes, revelam-se muito semelhantes aos da hipertensão, no que concerne aos níveis de escolaridade, índice de massa corporal, história

familiar de doença coronária e/ou cerebrovascular ou caso já tenham sofrido dessas doenças, bem como no que respeita à prática de exercício físico (Duarte, et al, 2009).

A figura seguinte mostra a prevalência de diabetes por região.

Figura 6
Prevalência de diabetes, em diferentes regiões do país



Fonte: Estudo AMÁLIA 2006-2007

Como podemos verificar pela análise da figura 6, a prevalência de diabetes não é uniforme em todas as regiões do país, registando-se um maior prevalence da diabetes na Região Autónoma dos Açores, associada também ao excesso de peso e de obesidade que também são máximos nesta região (Idem, 2009).

2.3.1.3.Colesterol

Noção

O colesterol é uma gordura essencial ao nosso organismo, em parte produzida pelo próprio fígado e outra parte obtida através da alimentação, sobretudo através da ingestão de produtos animais ricos em gordura, como a carne, os ovos e os laticínios. Necessitamos de colesterol em pequenas quantidades, por exemplo, para produzir as membranas celulares, hormonas ou vitaminas. Quando existe em excesso, deposita-se nas paredes das artérias, reduzindo o calibre dos vasos sanguíneos, dificultando o fluxo de sangue a todo o organismo (Carrageta, 2010).

O termo colesterol, ou mais corretamente hipercolesterolemia (nível alto de colesterol), inclui-se no conceito mais abrangente designado corretamente por dislipidemia, representando um importante fator de risco cardiovascular, uma vez que a gordura acumulada nas paredes das artérias pode levar à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo que chega ao coração e ao cérebro.

O termo dislipidemia é usado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos (gorduras) no sangue.

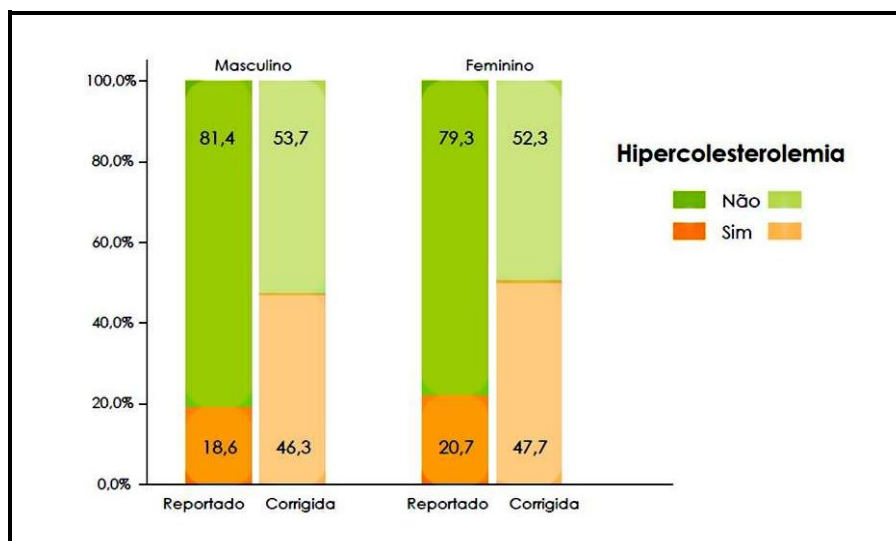
As dislipidemias podem manifestar-se das seguintes formas possíveis:

- Aumento dos triglicéridos (TG's);
- Aumento do colesterol;
- Combinação dos dois fatores anteriores (a dislipidemia mista);
- Redução dos níveis de HDL, designado por “bom” colesterol. (Fundação Portuguesa de Cardiologia, s/d)

Prevalência

No gráfico 6, é possível observar a prevalência de níveis altos de colesterol (hipercolesterolemia), segundo dados do Estudo AMÁLIA.

Gráfico 6
Prevalência da hipercolesterolemia.



Fonte: Estudo Amália 2006-2007

Como podemos verificar, as mulheres são novamente as mais afetadas pela maior prevalência deste fator de risco.

Será pertinente referir que, segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 (relativos à População residente em Portugal que referiu ter tomado medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, receitados pelo médico e comprados numa farmácia, o motivo para a qual foram tomados, sexo e grupo etário), na faixa etária 15-24 anos, já se verificam vários casos de indivíduos com necessidade de recorrer à medicação para controlar os níveis de colesterol.

Prevenção

Como colesterol é um tipo de gordura presente em produtos de origem animal (por exemplo, carnes, alimentos enchidos e fumados, vísceras alimentares e miúdos, banha, toucinho, massas folhadas, caldos concentrados, gema do ovo, leite ou queijos gordos, manteiga, margarina, camarão, caranguejo, lagostim, polvo fresco, enguia, amêijoia), quando um indivíduo tem os níveis de colesterol, no sangue, elevados, torna-se indispensável evitar o

consumo regular desse tipo de alimentos e ampliar o consumo de alimentos ricos em fibras. Estas desempenham um papel indispensável na redução da absorção intestinal do colesterol alimentar, isto é, permitem que uma menor quantidade do colesterol consumido nos alimentos seja absorvido ao nível do intestino e passe para o sangue. (Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva, 2005)

O tratamento das dislipidemias passa por uma mudança de estilo de vida, ao nível da alimentação e do exercício. A Fundação Portuguesa de Cardiologia (s/d), faz as seguintes recomendações:

- Reduzir a ingestão de alimentos de origem animal (carnes vermelhas, manteiga, queijos gordos);
- Evitar os produtos de charcutaria e alimentos pré-cozinhados;
- Dar preferência a produtos frescos;
- Optar pela ingestão de proteínas animais ligadas ao peixe, carne de aves sem pele e carnes magras;
- Dar preferência ao azeite e outras gorduras polinsaturadas;
- Ingerir mais alimentos ricos em ómega 3, como as sardinhas, salmão e óleo de soja;
- Ingerir mais cereais integrais, vegetais, fruta e fibras solúveis, uma vez que facilitam a eliminação do colesterol;
- Evitar os fritos, optando por cozer ao vapor ou grelhar os alimentos;
- Preferir molhos à base de iogurte, refutando as natas e maioneses;
- Reservar o consumo de chocolate para dias de festa;
- Limitar o consumo de gemas de ovo;
- Praticar uma atividade física regular;
- Não fumar.

2.3.1.4.Obesidade

Noção

«A obesidade ocorre quando o número de calorias ingerido é superior ao gasto: quando tal sucede, as calorias são armazenadas no organismo sob a forma de massa gorda, podendo vir a afectar toda a saúde.» (Fundação portuguesa de Cardiologia, s/d)

O índice de massa corporal (IMC) é a medida mais utilizada para fazer o diagnóstico da obesidade e é calculado através da divisão do peso corporal (em Kg) pela altura ao quadrado (em metros). Um IMC normal situa-se entre 19 e 25, o excesso de peso situa-se acima do valor 25, enquanto, a partir de 30, já é possível falar de obesidade (Carrageta, 2010). Este autor refere também a possibilidade de avaliar a presença de obesidade e o risco cardiovascular através do perímetro da cintura. Assim, de acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia e sob o ponto de vista da distribuição da gordura, a obesidade pode ser dos seguintes tipos:

- Ginóide (em forma de pera) – caracteriza-se por um aumento da gordura da cintura para baixo. É a forma mais comum nas mulheres, tem menos risco cardiovascular mas está associada, muitas vezes, ao aparecimento de varizes e doenças das articulações.
- Androide (em forma de maçã) – a gordura localiza-se na zona da cintura e zona superior do tronco. É mais frequente entre os homens e tem uma estreita relação com o aparecimento de diabetes, hipertensão, aterosclerose e o aumento de risco cardiovascular.

Prevalência

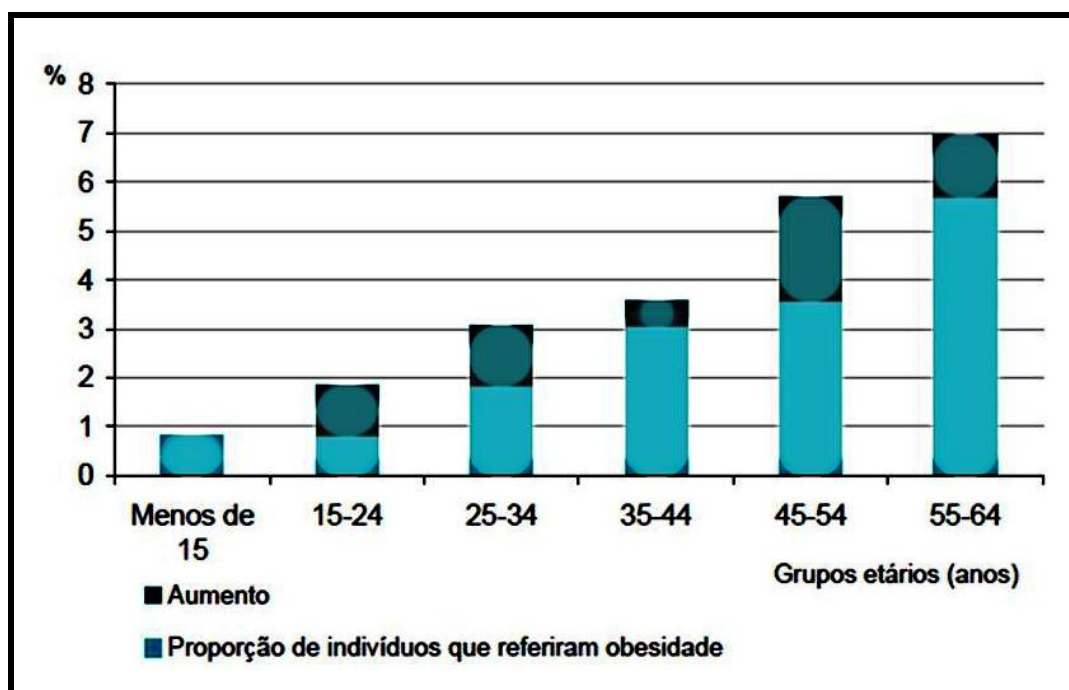
A problemática da obesidade afeta a população em geral, «A pandemia não está circunscrita à população adulta e aos indivíduos de maiores recursos: atinge virtualmente todas as idades e todos os grupos sócio - económicos, exibindo, todavia, uma correlação negativa com o nível educacional.» (Lima, 2010, p.46)

Quanto à prevalência, o mesmo autor (citando dados da International Obesity TaskForce - IOTF) salienta o facto de, na Europa, estimar-se que o número de crianças em idade escolar com excesso de peso e obesidade esteja a crescer à taxa de 400 mil por ano, aproximadamente, onde Portugal também ocupa uma posição bastante desfavorável.

Segundo um estudo realizado por Cristina Padez e colaboradores, em 2004, observaram-se associações positivas do biótipo com o peso dos pais, o peso da criança à nascença e o número de horas passadas a ver televisão ou com jogos eletrónicos, e associações negativas com o nível de educação dos pais e o número de crianças da família. Estas associações enfatizaram a necessidade de aplicar estratégias de intervenção que envolvam todo o agregado familiar. (Idem)

A obesidade está associada a alguns dos mais importantes fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão ou os níveis de colesterol (WHO, 2007). No gráfico seguinte é possível visualizar a prevalência de obesidade autorreferida por grupo etário, em Portugal (2005) segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde.

Gráfico 7
Prevalência da obesidade autorreferida por grupo etário, Portugal, 2005

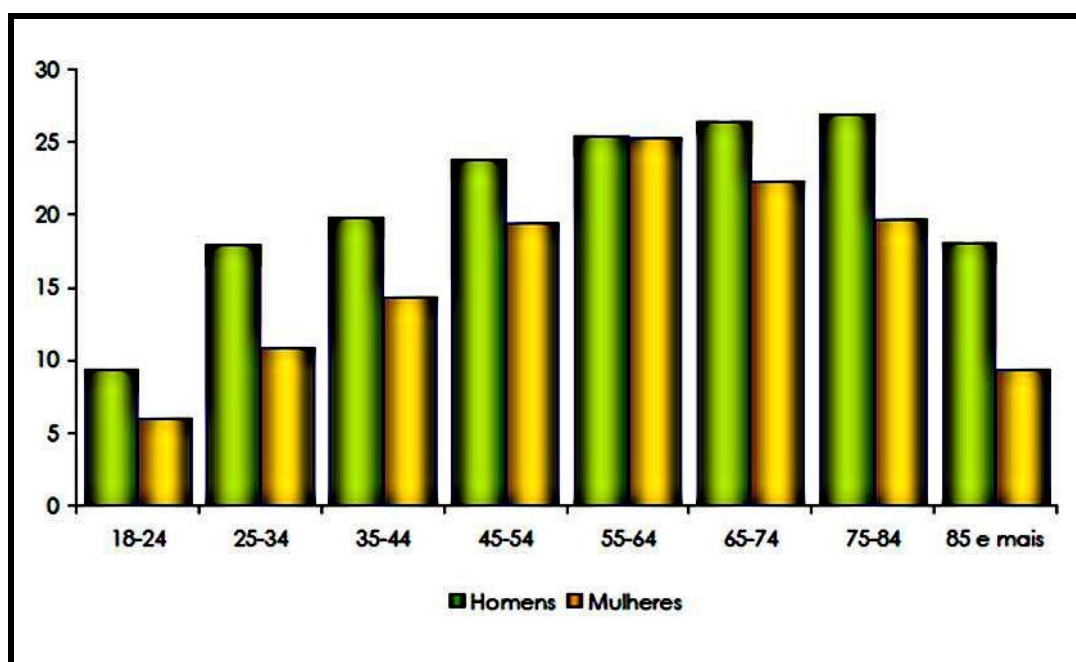


Fonte: Inquérito Nacional de Saúde.

Tal como podemos observar do gráfico 7, a proporção de indivíduos que referiram a existência de obesidade aumentou de forma mais expressiva no grupo etário 45 a 54 anos.

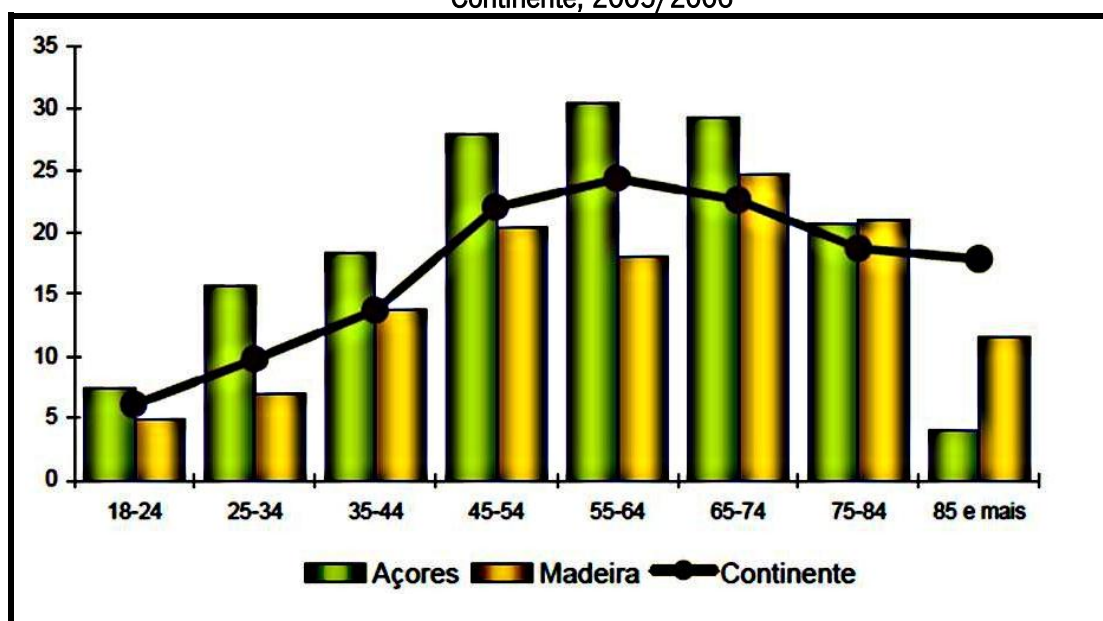
Nas imagens seguintes, apresentam-se dados relativos à percentagem de pessoas com excesso de peso (Gráfico 8) e com obesidade (Gráfico 9).

Gráfico 8
Percentagem da população com excesso de peso, por grupos etários. Continente, 2005/2006



Fonte: Direção Geral de Saúde – Elementos estatísticos 2008.

Gráfico 9
Percentagem da população com obesidade, por grupos etários. 2005/ 2006.
Continente, 2005/2006



Fonte: Direção geral de Saúde – Elementos estatísticos 2008.

Através dos Gráficos 8 e 9, voltamos a comprovar que o excesso de peso e a obesidade predominam nos grupos etários acima dos 45 anos, fator que poderá agravar o risco de problemas cardiovasculares nestas idades.

Com base no estudo AMÁLIA, relativamente à obesidade, Duarte et al, (2009) salientam o predomínio máximo nas regiões Autónomas dos Açores e Madeira, seguindo-se as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo e uma prevalência mínima na região Norte. Valores intermédios verificam-se nas regiões do Centro e do Algarve.

Ainda segundo os autores supracitados, tal como o esperado por estudos nacionais e internacionais, o domínio de indivíduos com obesidade/excesso de peso é inversamente proporcional ao nível de escolaridade. Desse modo, a prevalência de indivíduos com obesidade/excesso de peso foi máxima nos indivíduos sem escolaridade ou com o 1º ciclo, seguindo-se os indivíduos com o 2º e 3º ciclo, registando-se uma prevalência mínima nos indivíduos com escolaridade superior a 12 anos.

Prevenção

Segundo a OMS (2006):

-A epidemia da obesidade é um dos desafios públicos de saúde mais sérios. A prevalência da obesidade triplicou nas duas últimas épocas. Metade dos adultos e uma em cada cinco crianças tem excesso de peso. Dessas, um terço é já obeso e os números estão a aumentar rapidamente;

-A tendência é alarmante em crianças e adolescentes, havendo o risco de se manter na idade adulta.

-A obesidade afeta fortemente o desenvolvimento económico e social, afetando mais os grupos socioeconómicos desfavorecidos.

-A epidemia da obesidade tem crescido devido a um desequilíbrio energético desencadeado pela redução da atividade física e um aumento do consumo de alimentos altamente calóricos (com percentagens elevadas de gorduras saturadas, sal e açúcar) em combinação com um insuficiente consumo de frutas e vegetais. A predisposição genética não consegue explicar sozinha a epidemia de obesidade sem as alterações sociais, económicas, culturais e ambientais.

Além disso (OMS, 2007):

-Mais de 60% das crianças que têm excesso de peso antes da puberdade terão excesso de peso na vida adulta;

-A obesidade está fortemente associada ao risco cardiovascular, diabetes tipo 2, problemas ortopédicos, desordens mentais, insucesso escolar e baixa autoestima.

Tendo em conta os riscos associados à obesidade / excesso de peso, a Fundação Portuguesa de Cardiologia considera, como regra essencial, manter o gasto calórico do corpo igual ou superior à quantidade de calorias ingeridas. De forma a ser possível a concretização dessa regra, recomenda as seguintes medidas:

-Seguir as proporções recomendadas pela Roda dos Alimentos, praticando uma dieta equilibrada e variada (rica em legumes, cereais integrais, fruta e peixe);

-Reduzir os alimentos com açúcar e as gorduras saturadas, presentes sobretudo nas gorduras processadas industrialmente (hidrogenadas), como as carnes vermelhas, e laticínios gordos;

-Aprender a conhecer os alimentos e os nutrientes, isto é, quando se ingere um alimento, procurar saber que tipo de nutriente está a fornecer ao seu organismo (não precisa de transformar-se num “conta - calorias”, mas é importante ter a noção de que certos alimentos são mais calóricos do que outros);

-Comer de cerca de 3 em 3 horas, pois comendo várias vezes ao dia não se tem demasiada fome ao chegar à refeição seguinte;

-Às refeições, usar o seguinte truque: começar as refeições principais com uma sopa de legumes, sem batata. Para além de conter água, muitas vitaminas e sais minerais, ajuda a saciar a sensação de fome. Assim, evita-se a ansiedade que certas dietas de emagrecimento podem causar;

-Manter uma atividade física regular, preferencialmente uma atividade que lhe dê prazer. Esta deverá ser incluída na sua rotina, de

preferência diária (sempre que possível, ande a pé nas suas deslocações e privilegie o contato com a natureza com pequenos passeios ou caminhadas ao ar livre).

-Emagrecer e manter um peso saudável.
(Não esquecer que muitas pessoas conseguem perder peso em tempo recorde, no entanto, o mais comum é que estas “dietas relâmpago” resultem posteriormente na recuperação do peso, acompanhada, frequentemente, de um aumento superior ao peso original).

2.3.2.Fatores de risco cardiovascular associados aos estilos de vida

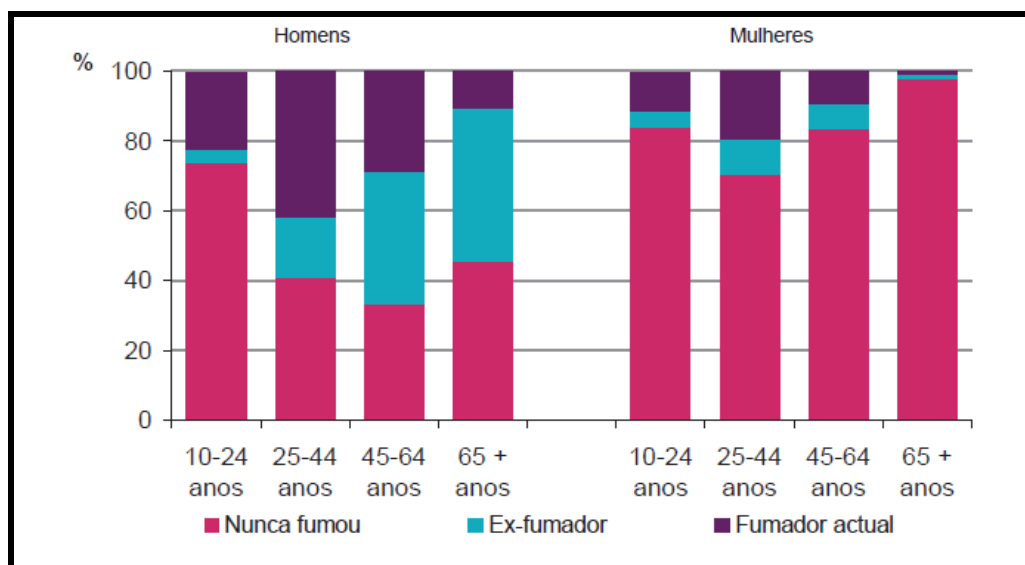
2.3.2.1.Consumo de tabaco

«Vale sempre a pena deixar de fumar, seja em que idade for, pois há sempre redução do risco! Mas o ideal é nunca começar!!!» (Perdigão, 2008, p. 30)

O tabagismo é a principal causa de morte evitável e Portugal não é exceção. Cada cigarro fumado corresponde a uma perda média de 8 minutos de vida. No total, um homem fumador arrisca-se a perder cerca de 13 anos de vida, enquanto uma mulher poderá perder ainda mais dois (Carrageta, 2010).

No gráfico seguinte, podemos analisar o consumo de tabaco, em Portugal, com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Gráfico 10
Estrutura da população residente por consumo de tabaco, sexo e grupo etário, Portugal, 2005

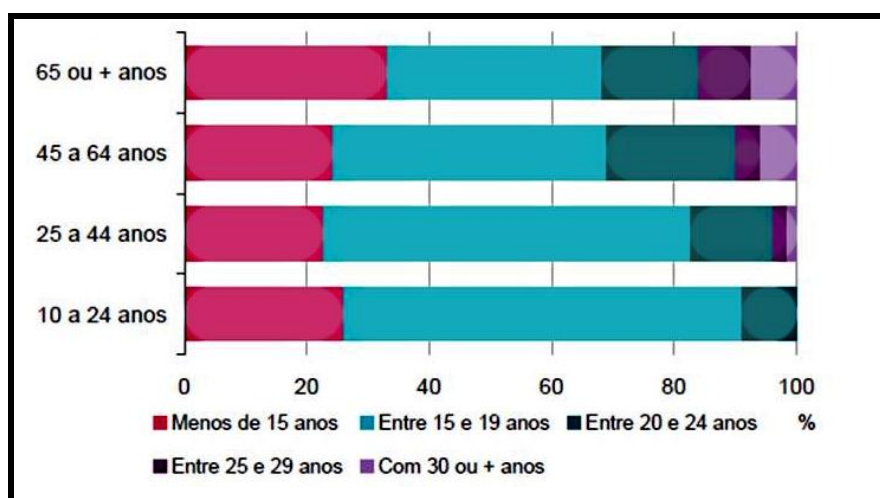


Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

Como podemos observar pelos dados do gráfico, o consumo de tabaco, actual ou passado, é mais preponderante na população masculina. Em ambos os sexos, a faixa etária 25-44 anos é aquela em que se regista maior percentagem de fumadores.

Através do gráfico 11, é possível proceder a uma análise da população residente que fuma diariamente por grupo etário, bem como em que idade que começaram a fumar.

Gráfico 11
População residente que fuma actual e diariamente por grupo etário e por idade em que começou a fumar, Portugal, 2005



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

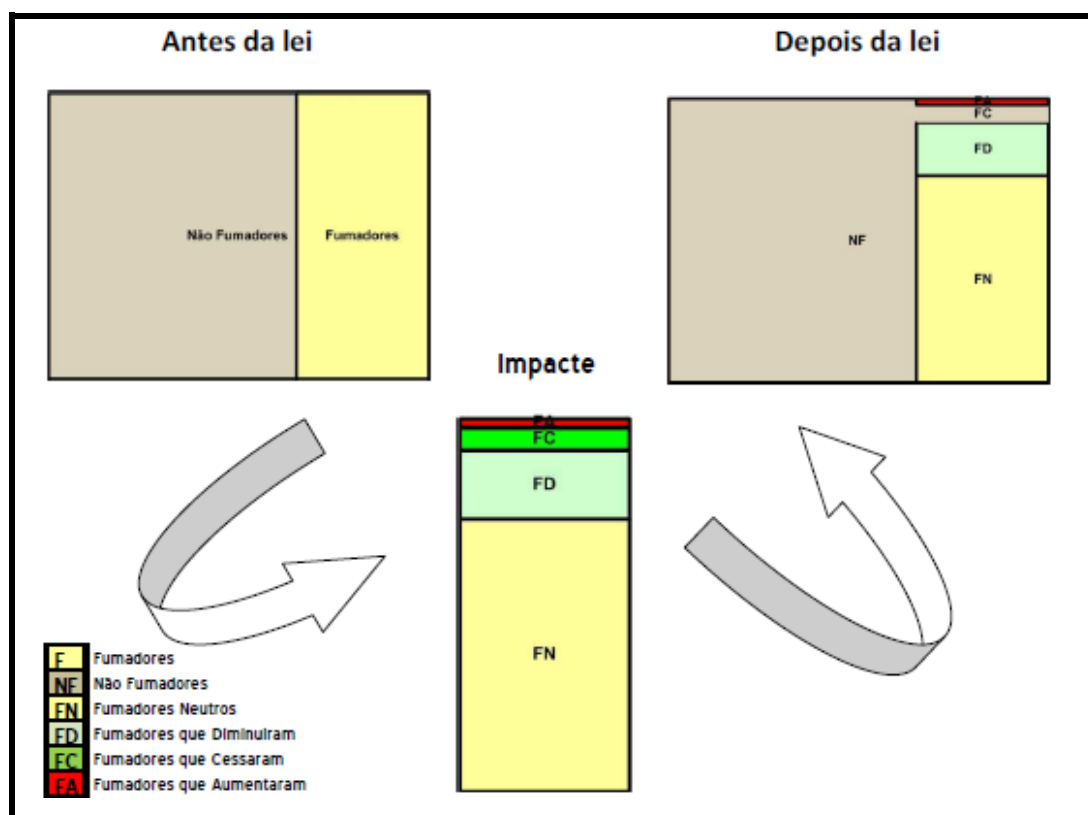
Segundo o relatório deste inquérito, considerando a população residente que fumava diariamente em 2005, verificou-se que a maior parte tinha começado a fumar entre os 15 e os 19 anos (55,6%), com maior evidência na população com menos de 25 anos (65,1%) e nas que tinham entre 25 a 44 anos (60,0%). Por outro lado, 33,0% da população idosa (65 e mais anos) fumadora em 2005 tinha iniciado o consumo com menos de 15 anos. Esta informação permite constatar que a adolescência é a fase da vida mais propícia ao início do consumo de tabaco.

Perdigão (2008) é perentório em afirmar que a campanha de sensibilização da população para o problema do tabagismo, levada a cabo ao longo de décadas, teve sempre pouco impacto na redução do consumo. Alguma redução verificada no sexo masculino correspondeu habitualmente a um aumento no sexo feminino. Um fator marcante neste contexto terá sido a entrada em vigor da Lei 37/2007 (a chamada lei antitabágica) em 1 de janeiro de 2008.

A referida Lei aprovou normas que visam a proteção dos cidadãos relativamente à exposição involuntária ao fumo do tabaco, bem como medidas que promovem uma redução da procura, relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

A seguir apresentamos os dados relativos a um estudo (Cardoso e Plantier, 2009), cujo objetivo primordial passou pela avaliação do impacto da Lei de Prevenção do Tabagismo na população portuguesa.

Figura 7
Efeitos da Lei anti - tabágica ao nível do consumo

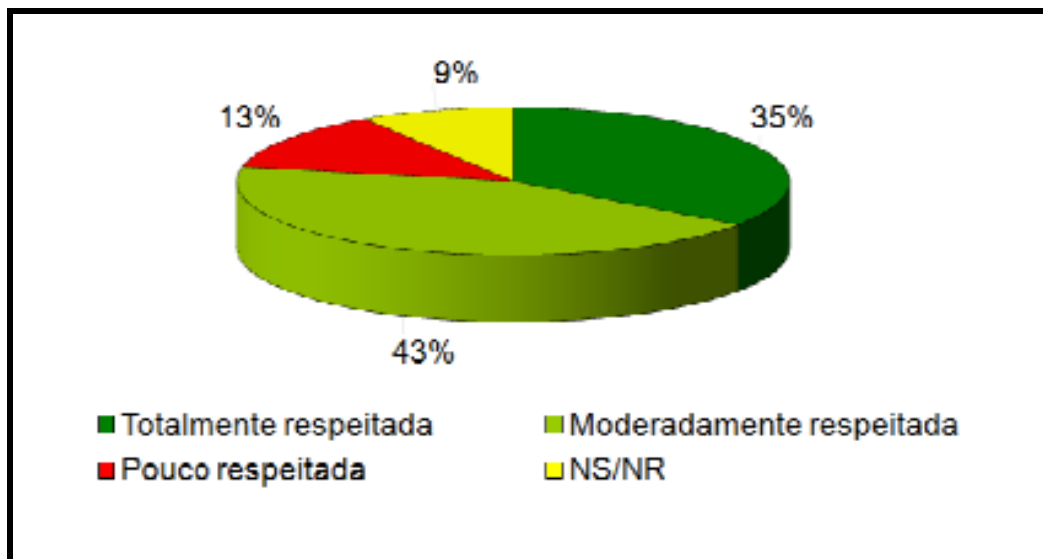


Fonte: Cardoso e Plantier, 2009, p.14

O diagrama da Figura 7 ilustra as alterações aos hábitos tabágicos dos fumadores, enquadrando-os na realidade nacional. Deste modo e considerando apenas o conjunto daqueles que, antes da entrada em vigor da lei, eram fumadores (conjunto F), verifica-se que 5,1% deixaram de fumar por causa da lei, passando a integrar o conjunto dos não fumadores (conjunto NF). Quanto aos fumadores, 22,3% mantiveram-se como tal, diminuído, no entanto, o consumo por causa da lei (conjunto FD). Deste modo, a lei surtiu um efeito positivo em 27% dos fumadores portugueses. Apesar disso, uma percentagem dos fumadores (1,3%) referiu ter aumentado o consumo de tabaco por causa da lei, denotando-se um pequeno impacte negativo (conjunto FA). Nos restantes 71% da população fumadora, a lei não parece ter tido qualquer efeito no que respeita ao consumo de tabaco.

No gráfico 12, ainda no âmbito do estudo supracitado, podemos analisar a percepção relativa ao cumprimento da Lei 37/2007.

Gráfico 12
Opinião sobre o cumprimento da Lei 37/2007

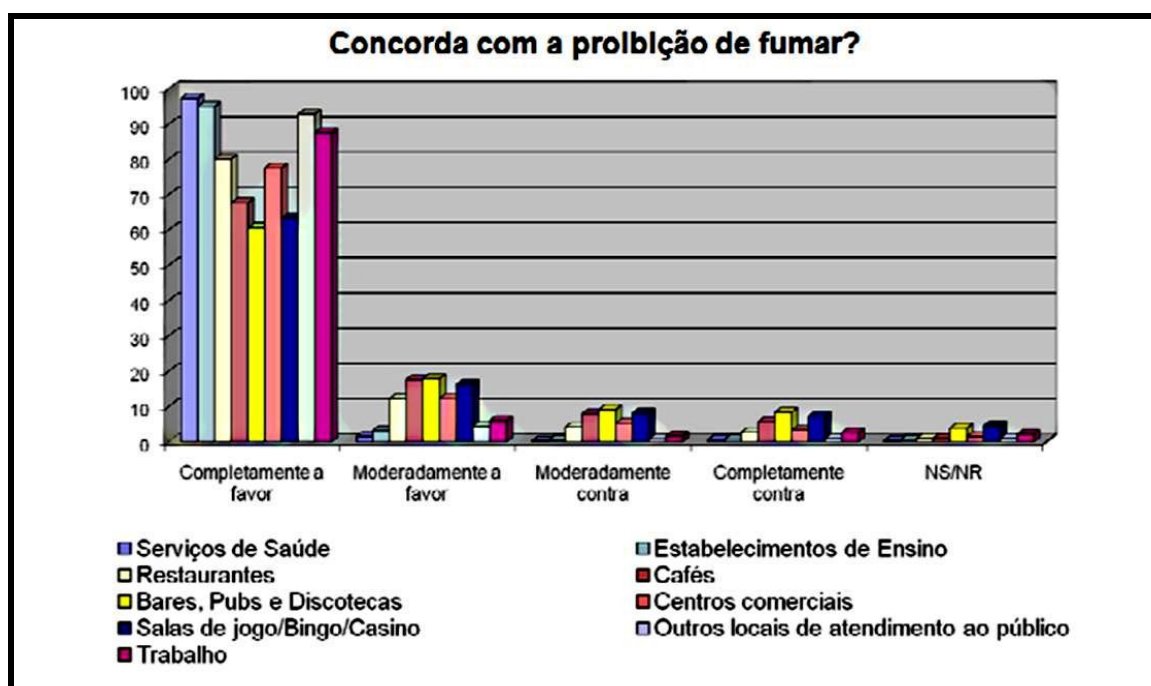


Fonte: Cardoso e Plantier, 2009, p.17

De acordo com os autores deste estudo, a resposta mais frequente foi a Moderadamente respeitada (43%), seguida de Totalmente respeitada (35%). Os autores salientam, ainda, que, na região Norte, houve uma inversão da frequência, registrando-se em maior percentagem a resposta “Totalmente respeitada”.

A seguir apresentamos um outro aspeto bastante pertinente, determinado também através do estudo mencionado, isto é, a grande maioria da população mostra-se favorável a esta lei (gráfico 13).

Gráfico 13
Opinião dos inquiridos relativamente à proibição de fumar em diferentes locais



Fonte: Cardoso e Plantier, 2009, p.19.

Apesar de serem evidentes as vantagens associadas à aplicação desta Lei anti – tabágica, podemos sistematizar o impacto da sua aplicação, reportando-nos a um estudo efetuado no Concelho de Braga (Precioso, Calheiros, Lopez, Ariza, Nebot, Fernández e Rebelo, 2008). Os referidos autores salientam que esta lei veio dar uma proteção considerável aos não fumadores relativamente à exposição involuntária ao fumo do tabaco, não sendo possível falar de uma proteção total. No entanto, o facto de essa lei permitir que se possa fumar em alguns locais da restauração e similares, permite ainda uma exposição ao fumo passivo, sobretudo no caso dos trabalhadores desses estabelecimentos.

Perdigão (2009, p.8) declara que «O tabagismo nunca foi assumido, até à presente lei, como um problema de saúde pública, excepto por dois ou três paladinos que se esforçaram por trazer o problema à comunidade e à comunicação social, sem eficácia significativa.»

Esse autor acrescenta, ainda, a necessidade de continuar a persistir, deixando a seguinte mensagem:

1-O consumo do tabaco é um fator de risco de doença cardiovascular, independente de qualquer outro, que se agrava em doentes com hipertensão arterial, colesterol elevado ou diabetes;

2 - Os fumadores têm um risco de enfarte do miocárdio três vezes superior ao dos não fumadores, um risco de acidente vascular cerebral duas vezes superior e um risco de doença arterial periférica dez vezes superior;

3 - Após um ano de deixar de fumar, o risco de enfarte do miocárdio é reduzido em 50%. O risco torna-se idêntico ao dos não fumadores apenas ao fim de 15 anos;

4 - O risco aumenta com o número de cigarros consumido (com um número de cigarros/dia entre 1 e 14, o risco é 2,5 vezes superior ao dos não fumadores; 3,7 vezes superior a partir dos 25 cigarros/dia);

5 - A mortalidade por doença cardiovascular é tanto maior quanto mais cedo se iniciar o consumo (se o consumo for iniciado antes dos 17 anos, o risco é maior 3,6 vezes).

Como o risco de doença cardiovascular aumenta quanto mais cedo se inicia o consumo de tabaco, significa que o tabagismo em faixas etárias mais jovens acarreta graves problemas de saúde no futuro.

O problema coloca-se sobretudo quando os jovens já experimentaram fumar e se tornaram dependentes. Embora, atualmente, a maioria dos fumadores esteja informada sobre os malefícios do fumo do tabaco, tomar a decisão para deixar de fumar, pode ser difícil. (Pardal, 2009)

Na figura seguinte é possível comparar o risco cardiovascular, quando os indivíduos são fumadores ou não fumadores.

Figura 8
Tabela de risco relativo

Pressão arterial sistólica (mmHg)	Não fumador					fumador				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
Colesterol (mmol/L)										

Fonte: Sociedade europeia de cardiologia (2007)

Esta tabela pode revelar-se muito útil, na medida em que pode ser utilizado para mostrar à população mais jovem, com um risco global baixo, que, em relação a outros indivíduos da mesma faixa etária, o seu risco pode ser várias vezes mais elevado do que devia, caso optem por fumar. (Sociedade europeia de cardiologia, 2007)

Apesar da utilidade da tabela referida considera-se que, «no caso dos jovens não vale a pena falarmos nas doenças que o fumo do tabaco provoca. Aham que ainda falta muito tempo para elas aparecerem.» (Pardal, 2009, p. 17) Isto é, a problemática das doenças cardiovasculares é encarada como própria de uma faixa etária que não lhes pertence. Segundo este mesmo autor, a motivação deverá passar por uma abordagem da dependência (grande parte dos jovens não gosta de se sentir dependente), salientando, sempre as vantagens em deixar de fumar. Esses benefícios são os seguintes:

- O cabelo e a roupa deixam de cheirar mal;
- O hálito melhora;
- Os dentes ficam mais bonitos (atualmente os dentes são uma das preocupações dos jovens que querem a usar aparelhos de correção e fazer branqueamentos);
- A pele fica melhor, inclusive com menos borbulhas;
- O olfato e o paladar melhoram;
- Os dedos e unhas não ficam amarelos;

- Ficam mais capacitados para o desporto, uma vez que, não fumando, há aumento da tolerância ao exercício;

- Poupa-se muito dinheiro (verifiquem-se alguns exemplos):

- Se deixar de fumar 20 cig/dia, ao fim de uma semana, dá para 3 bilhetes de cinema.

Ao fim de um ano pode-se comprar:

- 2 cig/dia – aparelhagem de música

- 5 cig/dia – máquina fotográfica ou uma bicicleta

- 10 cig/dia – leitor DVD ou Playstation II

- 15 cig/dia – câmara de vídeo ou viagem à EuroDisney

- 20 cig/dia – computador ou uma Vespa

- A família vai-se sentir mais feliz

- O ambiente vai ser poupado (tendo em conta que uma árvore é abatida por cada 300 cigarros; uma fábrica de cigarros usa cerca de 6,4 km de papel por hora; acumulam-se toneladas de lixo);

Pardal (2009) dá ainda algumas dicas especiais para desincentivar os jovens, caso sejam do sexo feminino:

- Deixar de fumar, não implica que vá engordar;

- Se tomar anticoncepcionais, fumando há risco aumentado de doenças cardiovasculares;

- Fumar poderá originar, mais tarde, dificuldades em engravidar;

- Se a mulher estiver grávida, cada cigarro fumado corresponde a 4 cigarros para o bebé, havendo, assim, enormes riscos para o bebé, nomeadamente a frequência de defeitos congénitos. Fumar na gravidez, poderá, ainda, implicar o aparecimento de hemorragias, abortos espontâneos, gravidez ectópica, hipoglicemias e anemia, placenta prévia e descolamento de placenta, parto prematuro, complicações durante o parto, recém-nascido de baixo peso, morte súbita no recém-nascido.

2.3.2.2. Dieta pouco saudável

A alimentação tem várias funções no organismo humano. Desde assegurar a sobrevivência humana, fornecendo energia e nutrientes ao bom funcionamento do organismo, passando pela manutenção do nosso estado de saúde físico e mental e contribuir para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes. (Candeias et al, 2005)

Os hábitos alimentares estão condicionados desde a infância. O ato de comer permite a satisfação de necessidades biológicas e energéticas intrínsecas ao bom funcionamento do nosso organismo, mas é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. Não obstante, o ato de comer não pode ser visto como mera ingestão de alimentos. É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma e em quantidade adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida. (Nunes e Breda, 2001)

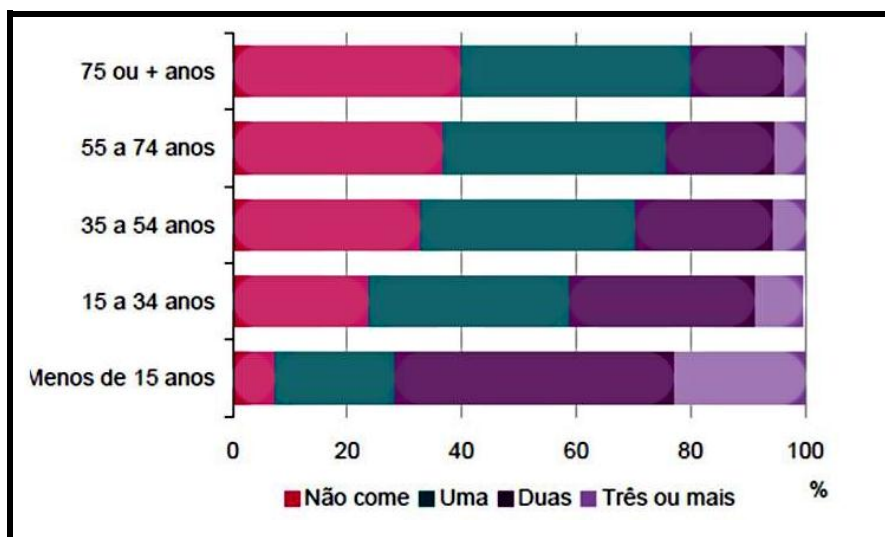
Atualmente, dadas as circunstâncias da falta de tempo disponível, acabamos por desvalorizar a hora das refeições e apesar da educação alimentar não ser um problema da atualidade, ela tem vindo a ganhar um estatuto de crescente importância. Tal deve-se sobretudo à grande transformação dos últimos tempos, isto é, inicialmente, a alimentação estava ligada à carência/desnutrição, em contrapartida, nos nossos dias, como resultado do desenvolvimento sócio - económico, ela está ligada à abundância que muitas vezes gera erros alimentares.

Como agravante, associada à redução progressiva do dispêndio de energia, regista-se um aumento substancial da ingestão calórica, e esse aspeto acarreta sérios riscos para o equilíbrio do organismo humano (Baptista, 2006).

De facto a alimentação portuguesa tem-se afastado gradualmente da dieta tradicional ou mediterrânica. Os jovens apostam cada vez mais na *fast food*, rica em gordura saturada, sal açúcar e calorias em detrimento dos cereais integrais, vegetais e fruta (alimentos ricos em hidratos de carbono complexos, fibras vegetais e antioxidantes). Este progressivo desequilíbrio alimentar torna-nos mais vulneráveis a doenças cardiovasculares e cancro (Carrageta, 2009).

A seguir apresentamos alguns resultados do Inquérito Nacional de saúde 2005-2006, número de vezes que come fora das refeições principais por grupo etário.

Gráfico 14
População residente por número de vezes que come fora das refeições principais por grupo etário, Portugal, 2005

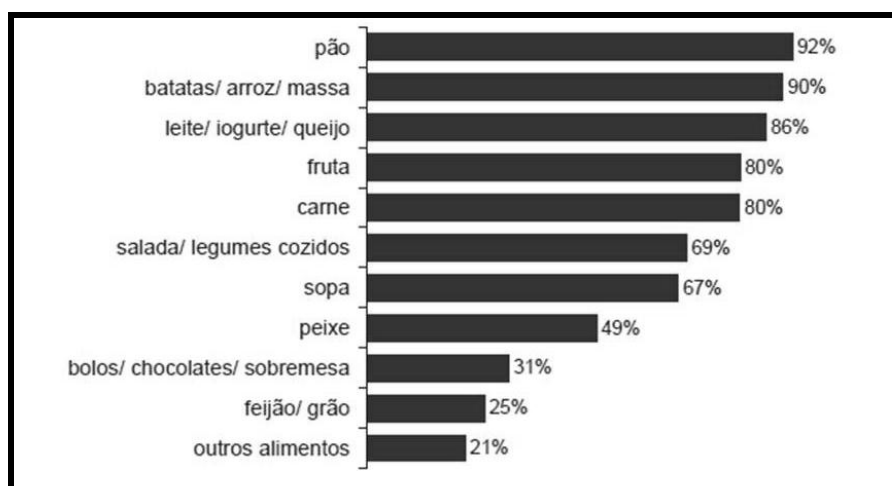


Fonte: Inquérito nacional de saúde 2005-2006

De acordo com este estudo, no grupo de pessoas com menos de 15 anos, a maior parte referiu comer duas vezes fora das refeições principais. Para os grupos etários subsequentes, esta característica perde expressão, sendo gradualmente substituída pelas situações em que os indivíduos comem uma vez fora das refeições ou não comem de todo. Comparativamente ao inquérito realizado em 1998-1999, verificou-se um aumento da proporção de indivíduos que não se alimentava fora das refeições principais.

No gráfico seguinte, no âmbito também do inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, é possível efetuar uma análise dos alimentos consumidos nas refeições principais.

Gráfico 15
População residente por tipo de alimentos consumidos nas refeições principais, Portugal, 2005



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

A partir do gráfico 15, é possível concluir que, no que se refere às refeições principais da população residente, o pão, assim como as batatas, arroz ou massa marcam presença em cerca de 90% dessas refeições. A carne regista, infelizmente, um peso relativo mais significativo que o peixe. Ainda segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde, tal como nas refeições principais, o pão constitui o alimento mais preponderante nos lanches intermédios, simultaneamente aos laticínios e à fruta. (Gráfico 16). De acordo com o mesmo estudo, as mulheres observam valores relativos mais elevados em fruta, leite, iogurte ou queijo, enquanto os homens revelam preferência por pão ou sandes, sumo ou néctar e pelas bebidas alcoólicas.

Gráfico 16
População residente por tipo de alimentos consumidos fora das refeições principais
Portugal, 2005



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006.

Salientamos, ainda, a representatividade dos bolos/ chocolates/ sobremesa na lista de alimentos consumidos, o que confere também um aspeto negativo à alimentação dos portugueses.

Segundo as *Recomendações Europeias para a Prevenção da Doença Cardiovascular* – Sociedade Europeia de Cardiologia (2007), todos os indivíduos deverão ser aconselhados acerca da escolha dos alimentos que estão associados a um menor risco de doença cardiovascular. Embora as recomendações gerais devam ser ajustadas à cultura local, aconselham o seguinte:

- A alimentação dos indivíduos deverá ser diversificada, isto é, ingerindo uma grande variedade de alimentos;

- A ingestão calórica deverá ser ajustada para evitar o excesso de peso;

- Deverá apostar-se no consumo de frutas, vegetais, cereais e pão integrais, peixe (especialmente o gordo), carne magra, produtos lácteos magros;

- Substituir as gorduras saturadas pelos alimentos anteriores e por gorduras poli e monoinsaturadas;

-Reduzir o consumo de sal (sobretudo se a pressão arterial for elevada), evitando o sal de mesa e na cozinha e ingerindo alimentos frescos ou congelados sem sal (muitos alimentos processados, incluindo o pão, contêm um elevado teor em sal).

Estudos mais recentes apontam também para a importância dos flavonoides (antioxidantes) encontrados nos alimentos, principalmente nas verduras, frutas e também em bebidas como vinho e chá, dados os seus efeitos benéficos para a saúde, particularmente a nível cardiovascular (Minetto, 2009).

Resumindo, podemos invocar a importância de uma alimentação variada, pois «A variedade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação de todas as necessidades do organismo em nutrientes e de evitar o excesso de ingestão de eventuais substâncias com riscos para a saúde, por vezes presentes em alguns alimentos» (Nunes e Breda, 2001, p.15). Ainda de acordo com estes autores, é indispensável a redescoberta da dieta mediterrânica, caracterizada pela riqueza em hortaliças, legumes, frutos, peixe, azeite e vinho (em reduzidas quantidades), preparados e cozinhados de forma simples, de forma a conjugar sabores e aromas. Assim, será possível diminuir a incidência de doenças crónicas como o cancro e as doenças cardiovasculares, dados os benefícios do peixe, preferencialmente gordo (devido aos ácidos gordos poli-insaturados), e do azeite. Acrescenta-se ainda nessa função preventiva, os antioxidantes, muito abundantes nas hortaliças, legumes, frutos e azeite.

Ainda nesta lógica de uma alimentação saudável, acrescenta-se a necessidade de fazermos 5 a 6 refeições diárias (evitando estar mais de 3 a 3,5 horas sem comer), variando o mais possível na escolha dos alimentos e adaptando as quantidades ingeridas à atividade física diária. Deste modo, Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva (2005) sugerem:

1. Pequeno – almoço completo (ex. 1 copo de leite, 1 pão escuro e uma peça de fruta);
2. Lanche da manhã (ex. iogurte magro, evitando snacks pré-preparados, ricos em açúcar e gordura);
3. Almoço (iniciado com uma sopa rica em hortaliça e legumes; prato de peixe ou carne acompanhada por hortaliças, salada ou equivalente, e uma das seguintes opções – arroz , massa, leguminosas ou batatas; sobremesa – peça de fruta fresca);

4. Lanche da tarde (por ex. 1 copo de leite e um pão escuro ou cereais sem açúcar, juntamente com uma peça de fruta);
 5. Jantar (idêntico ao almoço, mas em menor quantidade, devendo alternar carne com peixe e variar na fruta comida à sobremesa);
 6. Caso sinta fome ao deitar (por ex. 1 iogurte ou uma infusão quente de cidreira ou camomila, acompanhada de um pequeno pedaço de pão escuro)
- * A água deverá ser bebida em abundância ao longo do dia e não apenas quando há a sensação de sede.

2.3.2.3. Consumo excessivo de álcool

Quanto ao consumo de álcool, poderemos referir que normalmente inicia-se na adolescência em situações sociais. Este consumo de substâncias entre amigos e outros pares parece influenciar o início e posterior continuação de consumo (D'Amico & McCarthy, 2006; Nation & Helflinger, 2006 citados em Matos, 2008).

O consumo de bebidas alcoólicas tem um grande impacto social, pelas consequências que acarreta.

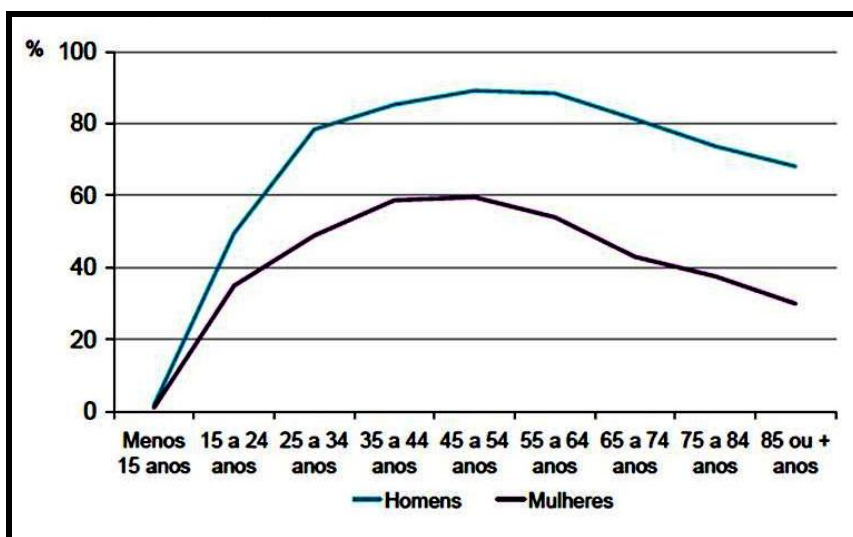
«Durante muitos anos a comunidade científica mostrou grande preocupação com os efeitos patológicos associados ao consumo de bebidas alcoólicas. As doenças do aparelho digestivo e órgãos anexos, particularmente a doença hepática crónica e as neoplasias⁵, as perturbações neuropsiquiátricas, as doenças cardiovasculares e os acidentes de viação, estão todos associados a um consumo excessivo das bebidas alcoólicas.» (Moura, 2010, p. 10)

Como podemos constatar o consumo de bebidas alcoólicas tem várias implicações, sendo os seus efeitos obviamente negativos para a saúde dos jovens e das pessoas em geral, destacando-se a probabilidade de doenças como a cirrose hepática, o cancro, a hipertensão e os défices de memória (Ogden, 1999 citado em Gaspar e Matos 2008).

⁵ Tumor

No gráfico 17 apresentamos resultados relativos ao Inquérito Nacional de Saúde, 2005-2006.

Gráfico 17
População residente que nos últimos 12 meses bebeu alguma bebida alcoólica por sexo e grupo etário, Portugal, 2005



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006.

Segundo os dados do referido inquérito, em 2005, 53,2% dos residentes tinha bebido pelo menos uma bebida alcoólica ao longo do ano anterior. Essa proporção era mais elevada nos homens (65,4%) que nas mulheres (41,8%). Aliás, o consumo de bebidas alcoólicas registava valores superiores nos homens, qualquer que fosse a idade observada.

O consumo moderado de determinadas bebidas alcoólicas, como o vinho tinto e algumas cervejas tem sido apontado como fator protetor das doenças cardiovasculares. Nos últimos anos, tem-se assistido à publicação de numerosos estudos que apontam para uma eventual ação protetora do consumo moderado de álcool a vários níveis, nomeadamente das doenças cardiovasculares (DCV). Para muitos autores, os indivíduos que habitualmente consomem bebidas alcoólicas, de forma regrada, terão um menor risco de morbilidade e mortalidade vascular do que os abstinentes ou os grandes bebedores (Moura, 2010)

Moura salienta o facto de alguns estudos, permitirem considerar que, entre as diversas bebidas alcoólicas, o vinho tinto parece ser aquela que possui uma maior capacidade protetora. Os mecanismos subjacentes a estas ações vasculares poderão estar dependentes, entre outros aspetos, do seu efeito antitrombótico e de uma capacidade antioxidante e anti-inflamatória.

Ainda, segundo este autor, esta explicação está associada ao designado paradoxo francês, na medida em que o consumo regular de vinho poderá justificar a menor mortalidade cardiovascular existente em França, comparativamente a outros países ocidentais, onde o consumo de gorduras saturadas é quantitativamente semelhante.

Salienta-se que o consumo moderado equivale, segundo Carrageta (2010), a um consumo diário de dois copos pequenos (2,5dl), no homem, e um copo, na mulher.

Assim, é possível afirmar que o consumo de álcool tem aspetos positivos e negativos, devendo ter-se em consideração que «O consumo de álcool tem uma relação linear com a hipertensão nas populações e os níveis elevados de consumo associam-se a subidas da pressão arterial e a alto risco de AVC hemorrágico.» (Rocha e Vasconcelos, 2009, p. 56) No entanto, os autores supracitados salientam que, se não houver contra - indicação, o consumo moderado de álcool pode fazer parte de uma alimentação saudável na população adulta, inclusive dos hipertensos controlados ou com hipertensão menos grave. Acrescentam, de igual modo, benefícios potenciais demonstrados no consumo moderado e regular de bebidas alcoólicas, sobretudo na redução da incidência de eventos coronários, tal como também se atribuem à dieta Mediterrânica, da qual o vinho é um constituinte.

Não obstante, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é considerado, pela OMS (2003), uma evidência convincente do aumento de risco cardiovascular.

Há ainda outro aspeto negativo relacionado com o consumo de álcool, neste caso, associado ao seu valor calórico, isto é, a redução do consumo de bebidas alcoólicas também deverá ser realçada como item fundamental para o controlo do peso corporal. O álcool é de facto uma importante fonte calórica. (Afonso, 2009)

2.3.2.4. Sedentarismo

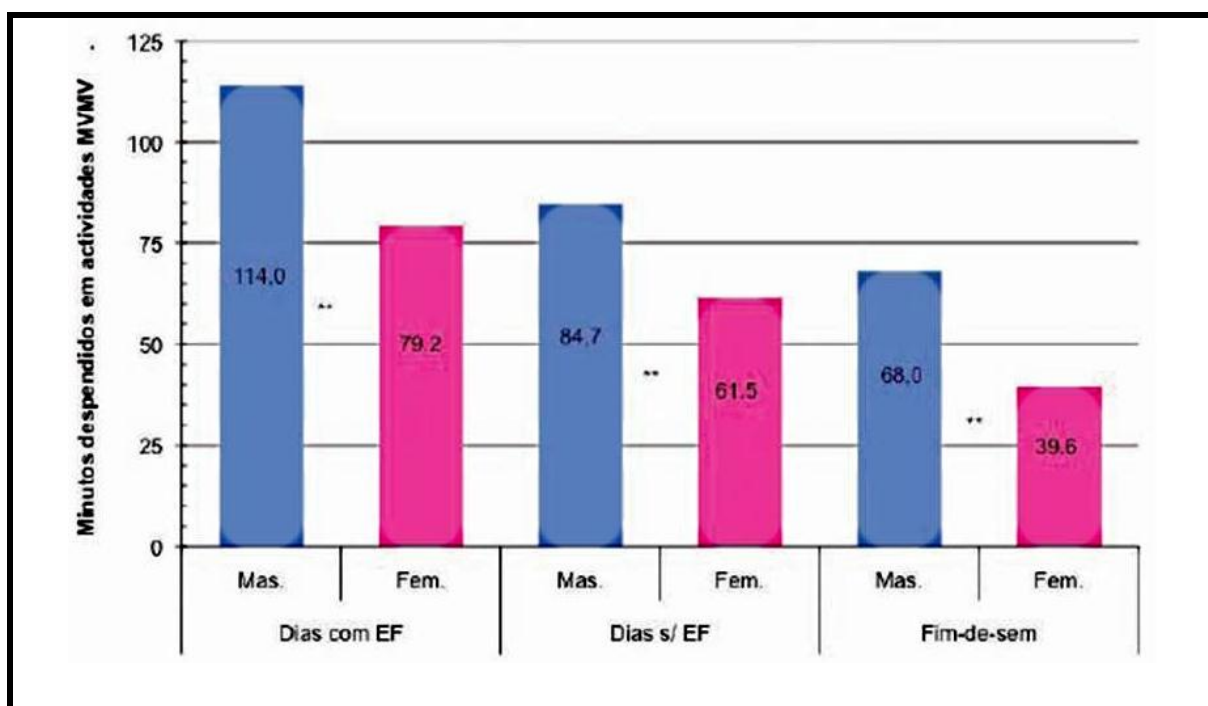
«A inactividade física é uma das mais importantes causas de doença e de morte no mundo moderno. Pelo contrário, desfrutar de uma vida activa tem um valor enorme na promoção da saúde e na prevenção da doença, em particular das doenças cardiovasculares.» (Carrageta, 2010, p. 139)

O sedentarismo surge associado ao uso exagerado da TV e dos computadores, bem como à má concepção de espaços urbanos ou a inexistência de horários propícios a uma maior e melhor atividade física (Carqueijeiro, 2009)

A prática regular de atividade física tem sido reconhecida como uma componente relevante na melhoria de um estilo de vida saudável, estando associada a um aumento da esperança de vida ao promover uma diminuição nos fatores de risco de doenças cardiovasculares. Esta situação verifica-se na medida em que o aumento da atividade física ajuda a controlar o peso, reduzir a pressão arterial, elevar o HDL-C ("bom" colesterol), reduzir o risco de diabetes e alguns tipos de cancros. Além disso, aumenta o bem-estar psicológico, incluindo uma maior autoconfiança e maior autoestima (Ribeiro, 2010).

O referido autor, aborda alguns estudos preliminares efetuados em Portugal, nos quais foi possível observar a existência de diferenças significativas entre as crianças e adolescentes relativamente às práticas de atividade física moderadas a vigorosas, nos dias em que estas tinham aulas de Educação Física curricular, comparativamente aos dias em que essas aulas não eram realizadas (Gráfico 18).

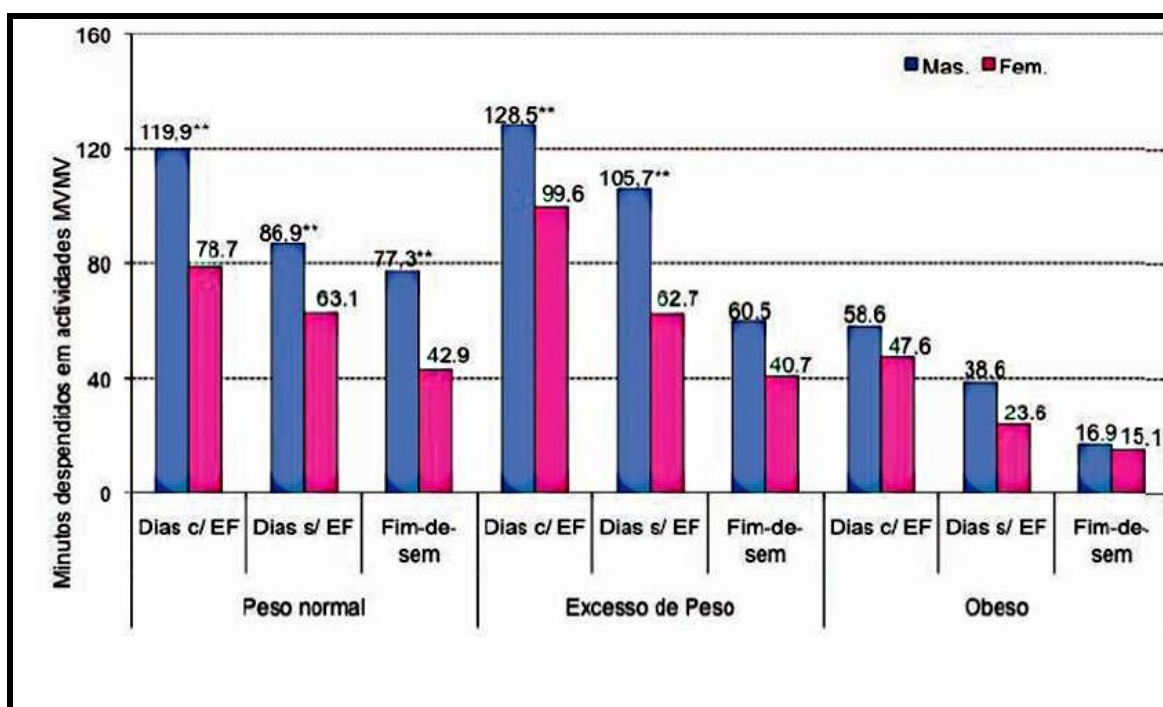
Gráfico 18
Minutos de Atividade Física moderada a vigorosa (MVMV) nos dias com Educação Física (EF), sem EF e no fim de semana, em função do género



Fonte: Ribeiro, 2010, p.56

Podemos verificar que nos dias em que os jovens não têm aulas de Educação Física, a sua atividade física reduz-se bastante, sendo mais notória a redução ao fim de semana. Estas diferenças são particularmente evidentes quando se estratificam os resultados em função de categorias de Índice de Massa Corporal (IMC). Ou seja, constata-se que entre as crianças obesas estas aulas de Educação Física poderão corresponder à única forma dos mesmos poderem efetuar qualquer atividade física moderada a vigorosa, visto que nos dias em que estes não têm aulas de Educação Física, ou no fim de semana, baixa claramente.

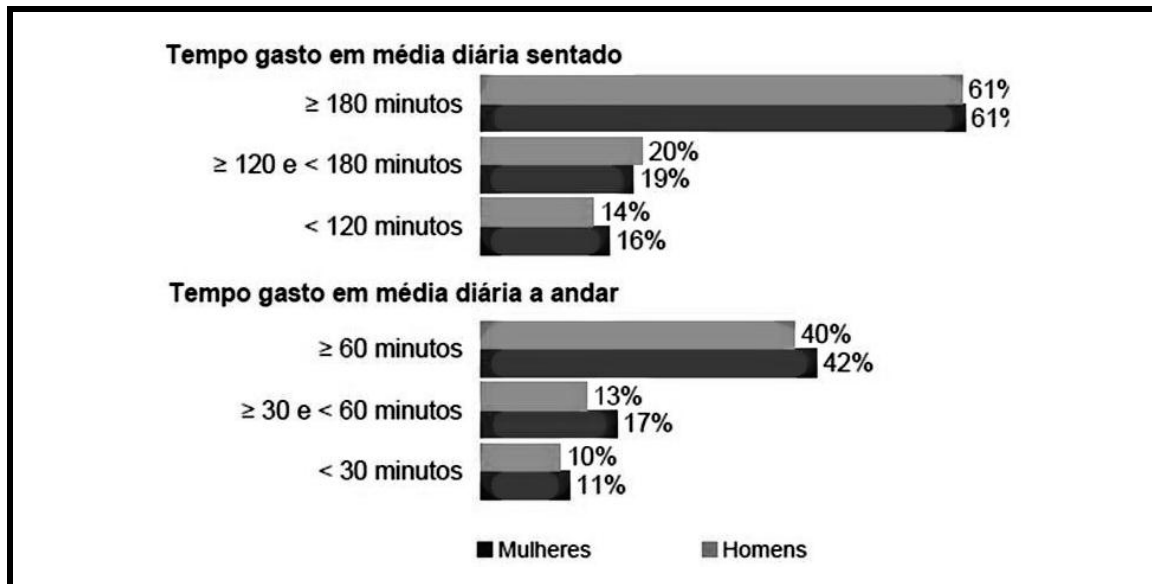
Gráfico 19
Minutos de AF moderada a vigorosa (MVMV) nos dias com Educação Física (EF), sem EF e no fim de semana, em função do género, e da classificação de IMC



Fonte: Ribeiro J.C. (2010) Revista 18, p.57

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005, 41% da população residente com idade entre os 15 e os 69 anos referiu andar, pelo menos, uma hora por dia. A proporção de residentes que andava em média menos de meia hora por dia era de 10,6%. A maioria da população residente (60,9%) referiu também que o tempo em que estava sentado ou deitado acordado correspondia, pelo menos a três horas por dia (Gráfico 20).

Gráfico 20
População residente entre os 15 e os 69 anos, por tempo gasto em média diária a andar e sentado, segundo o sexo, Portugal, 2005



Fonte Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006

A Fundação Portuguesa de Cardiologia (2001) sugere um conjunto de medidas simples com as quais é possível aplicar o exercício físico no dia a dia, permitindo manter o corpo a funcionar de forma saudável. As medidas são as seguintes:

1.Introdução da atividade física na vida diária, procurando situações com um mínimo de 10 minutos, num total mínimo de 30 minutos por dia. Para tal será necessário: preferir escadas a elevadores, andar mais a pé (por ex. na utilização dos transportes públicos, descer uma paragem antes ou deixar o automóvel mais longe); fazer percursos de bicicleta; salte à corda.

2.Escolher uma atividade física agradável de praticar. As mais prolongadas e moderadas são as ideais (por ex. natação, corrida, ciclismo, caminhadas, dança de salão são algumas das atividades para colocar a máquina cardíaca em ação). Deverão ser praticadas, pelo menos, três vezes por semana. Conforme a atividade pode ser aconselhável o aquecimento de cinco minutos e um arrefecimento de cinco minutos.

3.Aumentar gradualmente (ao longo de meses) a intensidade do exercício. Com a regularidade do exercício, o corpo vai tendo mais capacidade para o esforço e revigora-se cada vez melhor. Um coração bem condicionado consegue realizar o mesmo trabalho pulsando 36 000 vezes menos por dia que o coração de um indivíduo não treinado.

4.A atividade física deve ser adequada à condição de saúde. Muitas vezes, ajuda na recuperação de muitas doenças, tais como diabetes, excesso de peso, hipertensão arterial, osteoporose ou asma. No entanto, deve ser adaptada a cada caso. Também a idade é um fator a considerar. Em idades mais jovens, o exercício pode ter um caráter competitivo, já em pessoas com mais de 35 anos a atividade física deve assumir uma forma de lazer.

5.É desejável que a atividade física se inicie na infância. No crescimento das crianças o corpo e a saúde beneficiam muito do exercício. Para além disso, ajudam à concentração, aumentam o apetite e motivam a sociabilidade. Mas, de qualquer modo, nunca é tarde para começar.

6.Antes de iniciar um programa de exercício deverá realizar-se um exame médico prévio, em particular nos seguintes casos: homens com mais de 45 anos e mulheres com mais de 50 anos; portadores de doença cardíaca suspeita ou já diagnosticada; hipertensão; diabetes; existência de história familiar de doença cardíaca.

A atividade física regular tem vários efeitos benéficos (Carrageta, 2010), entre os quais: redução da frequência cardíaca e da tensão arterial, subida do “colesterol bom”, decréscimo do risco de diabetes e a diminuição do stress.

2.3.3.Outros fatores de risco

Para além dos fatores já mencionados, segundo a Carta Europeia do Coração, existem ainda outros fatores: fixos (idade, sexo, genética e etnia) e modificáveis (rendimento, condições de vida, condições de trabalho).

Filho e Martinez (2002, p.212), ao abordarem a temática dos fatores de risco cardiovascular, salientam que «acima de 55 anos nas mulheres (idade na qual as mulheres em média já apresentaram a menopausa) e acima de 45 anos nos homens são fatores de risco independentes». De forma implícita, a idade e o sexo são apresentados como fatores de risco cardiovascular. Isto é, denota-se que o aumento da idade é, por si só, um fator adicional e o facto de os homens correrem risco cerca de 10 anos mais cedo do que as mulheres, indica-nos que o sexo masculino está mais predisposto a sofrer deste tipo de doenças.

«Todo o espectro das doenças cardiovasculares envolve fatores genéticos que podem contribuir de forma causal ou na patogénese das mesmas» (Helfenstein Fonseca, 2009, p.40). Esta afirmação patenteia, de igual modo, a existência de fatores genéticos na que poderão aumentar a predisposição para sofrer deste grupo de doenças.

A etnia é também um fator determinante: «os factores de risco cardiovasculares têm um elevado índice na população, sendo prevalente e mais grave em pessoas de etnia negra» (Cruz e Lima, 1999, p.1)

Os fatores modificáveis (rendimentos, educação, condições de vida, condições de trabalho) dificultam seriamente a alteração do estilo de vida, fulcral a uma promoção da saúde cardiovascular. A Sociedade europeia de Cardiologia (2007) enfatiza os seguintes aspetos:

- Estatuto socioeconómico: um baixo estatuto socioeconómico, incluindo um baixo grau de educação e baixos rendimentos, constitui um entrave à capacidade de alterar o estilo de vida;
- Isolamento social: as pessoas que vivem sozinhas têm maior probabilidade de adotarem estilos de vida pouco saudáveis;
- Stress: a pressão no trabalho e em casa dificulta a adoção e manutenção de um estilo de vida saudável;
- Emoções negativas: depressão, ansiedade e hostilidade dificultam as alterações do estilo de vida;
- Conselhos complexos ou confusos.

O stress psicossocial também pode ser considerado um fator de risco cardiovascular. «A vida moderna está cheia de pressões e frustrações, como prazos a cumprir, excesso de trabalho, contas para pagar, discutir com a família, engarrafamentos de trânsito, etc., tudo situações desagradáveis que fazem o organismo reagir como se estivesse a enfrentar uma ameaça.» (Carrageta, 2010, p. 168)

Tal como se pode verificar no artigo 3º da Carta Europeia do coração, evitar o stress excessivo é uma característica associada à saúde cardiovascular.

Deste modo, podemos ainda referir que a presença de stress psicológico, medida através da utilização de questionários, e a sua relação com a incidência de doença cardiovascular, tem sido identificada em diversos estudos prospetivos, apresentando o mesmo significado estatístico que os fatores de risco convencionais (caso da hipertensão, a obesidade ou a inatividade física) (Yusuf, Hawken & Ounpuu; 2004 citados em Figueiras, 2010).

Concluimos, assim, que embora seja evidente a dificuldade que, atualmente, os indivíduos têm em evitar o stress, é fundamental desenvolver atividades que minimizem o seu efeito, nomeadamente através de uma boa gestão do tempo disponível para a concretização de atividades de lazer.

2.4.Determinantes dos comportamentos em adolescentes

Segundo Daniel Sampaio (2006), a adolescência pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta. Relativamente a esta etapa de desenvolvimento humano, o referido autor sistematiza alguns aspetos fundamentais:

1-A identidade (conceitualizada a partir da transformação e organização do próprio adolescente, em articulação dinâmica entre o psicológico e o social) e a autonomia (como necessidade do adolescente conquistar o domínio de si próprio e obter um espaço mental para refletir e para se relacionar com a família, pressupondo um abandono da sua posição de dependência face aos pais);

2-A relação pais – filhos (salientando a impossibilidade de voltarmos a ser pais autoritários, como no passado; não fazendo também qualquer sentido a atual “proximidade quotidiana mais agida do que reflectida”, ou seja, a existência dos denominados “pais - irmãos” que abandonam as suas próprias convicções e valores, perdendo a esperança de influenciar o futuro dos adolescentes);

3-A escola (referindo que está obsoleta a necessidade de inculcar nos jovens a necessidade de esforço permanente, contudo, também não deverá estar fora de moda a ideia do prazer em trabalhar e do desenvolvimento de capacidades).

Embora a adolescência possa ser considerada, em parte, uma invenção social, a pluralidade de transformações físicas, que ocorrem com a chegada da puberdade, constitui a característica mais significativa dos adolescentes. De forma concomitante a estes sinais de crescimento físico, surgem importantes mudanças cognitivas e de personalidade. Na verdade, as transformações físicas da puberdade não afetam diretamente os estados psicológicos dos adolescentes. Os efeitos psicológicos são mediados pelas respostas às alterações físicas, emitidas pelos pais, colegas, e pelos próprios adolescentes. Essas mudanças físicas que podem afetar psicologicamente os adolescentes englobam muitos outros aspectos para além da capacidade de reprodução, isto é, incluem também todas as alterações na aparência e capacidades físicas. São essas alterações que levam os outros a formarem expectativas, a ter novos padrões para o desempenho de tarefas e, ainda, normas de comportamento para os adolescentes, diferentes daquelas que possuíam, em relação a eles, quando eram crianças (Sprinthall e Collins, 1999).

No seio dessas mudanças físicas, psicológicas e sociais, podemos considerar (Papalia, Olds e Feldman, 2001) a adolescência um tempo de oportunidades e de risco, pois é uma fase em que os jovens se envolvem em comportamentos que fecham completamente as suas opções e limitam as suas possibilidades. Os adolescentes estão simultaneamente no limiar do amor, do mundo do trabalho e da participação na sociedade adulta. Os jovens ficam, assim, mais suscetíveis ao risco de novas experiências, por vezes, consideradas aliantes e socialmente aceites nessa faixa etária.

Os comportamentos de risco desenvolvidos na adolescência poderão ser verdadeiros problemas de saúde, uma vez que resultam de hábitos passíveis de perdurar ao longo da vida e, mesmo que isso não aconteça, têm sempre repercussões na idade adulta. Assim, a saúde dos indivíduos adolescentes irá depender, em grande parte, dos respetivos comportamentos, pois «O estilo de vida de risco pode definir-se como um conjunto de padrões comportamentais que constituem uma ameaça ao bem-estar físico e psíquico e que acarretam consequências negativas para a saúde e desenvolvimento do indivíduo.» (Rodrigo et al., citado em Matos, 2008, p.28)

Na determinação dos comportamentos de saúde intervêm vários fatores: individuais (atitudes, interesses, informação, educação); envolvimento como grupo familiar, grupo social,

ambiente de trabalho ou de escola; fatores mais sistêmicos do envolvimento como sistema social, instituições, cultura, regime político; as características do nicho ecológico e geográfico. Estes fatores estão em permanente interação e moldam assim os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde ou ao risco. (Mendoza e tal, 1990 citado em Matos 1998).

No quadro seguinte sistematizamos os vários níveis de influência nos comportamentos de saúde.

QUADRO 1

Perspetiva Ecológica: níveis de influência

Conceito	Definição
Fatores intrapessoais	Características individuais que influenciam o comportamento, tal como conhecimento, atitudes, crenças e traços de personalidade.
Fatores interpessoais	Processos interpessoais e pequenos grupos, incluindo a família, os amigos, os colegas, que providenciam identidade social, apoio e definição de funções.
Fatores Institucionais	Regras, regulamentos, políticas e estruturas informais que podem restringir ou promover comportamentos recomendados.
Fatores Comunitários	Redes sociais e normas ou padrões formais ou informais no seio dos indivíduos, grupos e organizações.
Fatores Políticos	Políticas e leis locais, regionais e nacionais que regulam e servem de base a ações saudáveis e práticas para a prevenção, deteção, controlo e gestão de doenças.

Fonte: Glanz (1999), p.18

Considerando os vários fatores determinantes do tipo de comportamento na adolescência, os fatores interpessoais (como a família e o grupo de pares) e a escola surgem com grande destaque a este nível, dado constituírem os principais cenários de socialização. Deste modo, é natural funcionarem também como fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento de comportamentos de risco (Simões, Matos e Foguet, 2006).

2.4.1. Relação escola - comportamentos de saúde dos adolescentes

É óbvio que não há adolescentes iguais, no sentido em que a forma como é vivida a adolescência não é igual em todos os indivíduos. É no seio dessa diversidade de indivíduos adolescentes que o papel de um professor / educador para a saúde se torna uma tarefa simultaneamente complexa e aliciante. Complexa, sobretudo porque, atualmente, os adolescentes são confrontados com uma sociedade em que princípios, objetivos e fronteiras se apresentam cada vez menos nítidos e se estão em permanente mudança. Aliciante, pois a adolescência corresponde a um período de mudanças, gerador de conflitos internos, mas imprescindível ao desenvolvimento do indivíduo (Silva, 2004).

Desse modo, o processo educativo ostenta toda uma complexidade inerente à multiplicidade de papéis que executa e à versatilidade dos seus atores, sobretudo quando a função docente é aplicada a esta faixa etária:

«toda e qualquer intervenção dos adultos sobre os adolescentes deverá ser feita, não apressadamente ou à toa mas, bem pelo contrário, e dentro das possibilidades e das contingências da vida, de maneira rigorosamente *cogitada e cuidada*, bem *meditada e medicada*, o mais possível *pesada e pensada*, de maneira a não pecar por demais nem por de menos e estar sempre de acordo com as sucessivas fases e o ritmo geral do desenvolvimento do adolescente.»
(Dias, 2009, p.237)

Segundo Bonny, Britto, Klostermann, Hornung e Slap (2000), os estudantes que apresentam maior ligação à escola revelam um melhor estado de saúde, incluindo também um menor consumo de álcool e tabaco, comparativamente com os estudantes com fraca ligação à escola. Esse mesmo estudo divulgou, ainda, que a ligação à escola poderá ser um dos fatores mais protetores do que qualquer outro fator, incluindo a própria ligação à família (Naia, Simões, Matos, 2008). Isto significa que a escola tem uma missão muito importante no que concerne em promover e educar para a saúde, favorecendo o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, fundamentais ao bem-estar global do organismo humano.

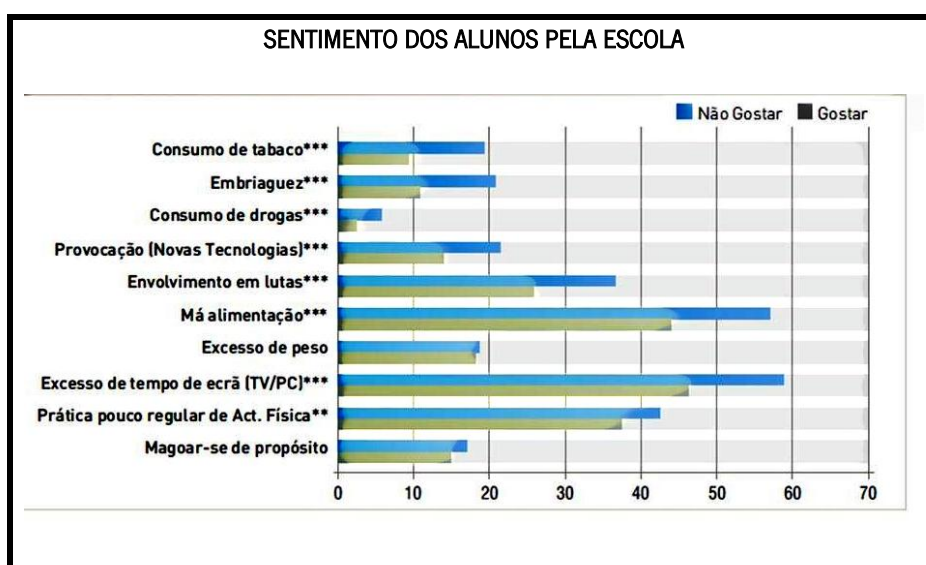
Seguidamente, apresentamos os resultados do estudo HBSC (Health Behaviour in School – aged Children) – dados nacionais 2010 – publicação de abril de 2011.

De acordo com este estudo, 76,5% dos alunos gostam da escola e sentem-se encorajados pelos professores a expressar os seus pontos de vista (40,9%), sentem-se tratados com justiça (56,5%), sentem que podem obter ajuda quando necessário (69,4%) e sentem que os professores se interessam por eles como pessoa (45,5%).

A partir dos dados (acima mencionados), podemos constatar que os jovens portugueses, na generalidade, gostam da escola. Esse dado é bastante importante na medida em que é o local onde os adolescentes acabam por passar a maioria do seu tempo.

No gráfico seguinte, ainda no âmbito dos resultados do estudo HBSC 2010, é apresentada a relação entre o sentimento dos alunos pela escola e possíveis comportamentos de risco desencadeados pelos mesmos.

Gráfico 21
Contextos e comportamentos - relação entre o sentimento dos alunos pela escola e os seus comportamentos (HBSC 2010)



Fonte: Matos, 2011b, p. 12.

De acordo como os dados do Gráfico 21, os alunos que gostam mais da escola apresentam comportamentos mais saudáveis. Ainda de acordo com este estudo, o mesmo acontece com os discentes que consideram terem professores interessados por eles enquanto pessoas

Tal como podemos verificar com o resultado do Estudo HBSC 2010, o ambiente escolar é fundamental ao bem-estar dos indivíduos. O bom ambiente escolar poderá funcionar como fator condicionador na escolha de estilos de vida saudáveis. Desse modo, podemos concluir:

«A escola não deve ser só um sítio onde se estuda e tira boas notas, deve ser basicamente um local onde se aprende a viver.» (Sampaio, 2006, p.21)

2.4.2. Ambiente familiar – comportamentos de saúde dos adolescentes

A família exerce um papel fundamental na construção da personalidade dos indivíduos, uma vez que determina as nossas primeiras relações sociais, os contextos onde ocorre a maioria das aprendizagens iniciais, acerca das pessoas, situações e capacidades individuais (Sprinthall e Collins, 1999).

Segundo um estudo efetuado, com adolescentes, por Glen Elder (citado em Sprinthall e Collins, 1999), as famílias pode ser classificada em três tipos:

1. Autocrática (pais autoritários que não permitem a expressão dos pontos de vista do adolescente, nem autorizam qualquer controlo sob as suas atitudes; forçam e menosprezam as opiniões e os sentimentos dos filhos);

2. Democráticas (os filhos são encorajados a debater aspetos relacionados com o comportamento dos filhos, embora a decisão final seja atribuída ao pai ou à mãe; ensinam e explicam, ao mesmo tempo que respeitam o próprio adolescente);

3. Permissivas.

De acordo com a mesma autora, os pais democráticos preparam os filhos para a vida adulta, na medida em que oferecem oportunidades para gerir a sua responsabilidade, ensinando-lhes a ter atitudes mais maduras, através das explicações e das respostas que dão ao comportamento dos mesmos. Além disso, o calor humano, a aceitação e o respeito, que caracterizam o tipo de atitudes dos pais em relação aos filhos, encorajam ao estabelecimento de interações baseadas no respeito mútuo.

É, portanto, convincente, a importância do contexto familiar na conduta dos adolescentes ou na construção da personalidade dos indivíduos. É de igual modo visível a existência de inúmeros contextos familiares diferentes. Mas independentemente dessas evidências, é indispensável salientar as profundas alterações que a família, em geral, tem vindo a atravessar nos últimos tempos, sobretudo, resultante da entrada maciça das mulheres no mundo do trabalho. Esta mudança (Esping-Andersen, 2009), apelidada de revolução no papel

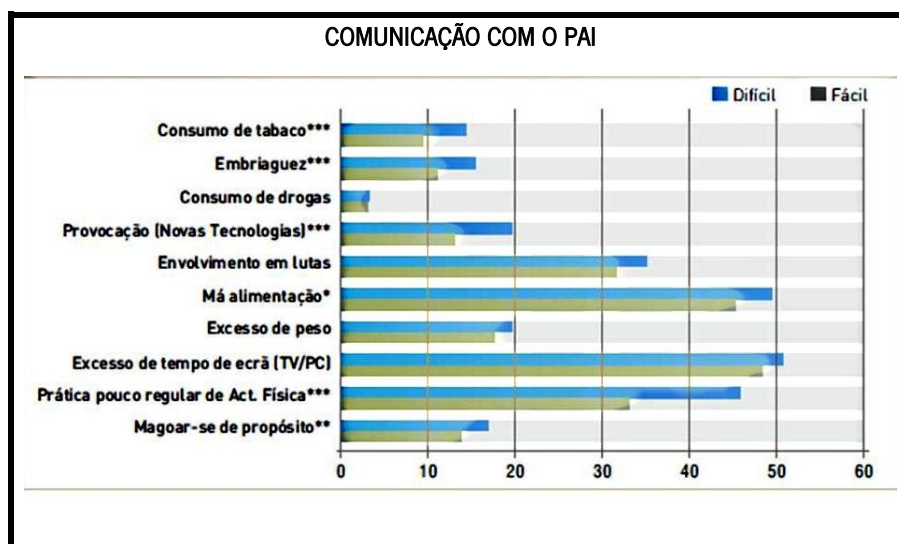
das mulheres, tem consideráveis “efeitos dominó” sobre a sociedade: eclipse da família tradicional (em que o marido tinha trabalho remunerado e a mulher ficava em casa), retardamento no nascimento do primeiro filho, taxa de natalidade abaixo do desejado, aumento de instabilidade e famílias “atípicas” (muitas sujeitas a vulnerabilidade económica). Esta revolução feminina está assim implicada, a longo prazo, na própria evolução demográfica, havendo uma tendência para um envelhecimento da população.

Podemos, então, considerar a família atual distinta das famílias tradicionais. Atualmente, o grupo familiar é, em norma, numericamente reduzido. A mulher tem uma atividade laboral e os filhos são atraídos para fora de casa por duas razões: devido a problemas de falta de espaço no lar ou pela diversidade dos programas a eles dedicados (Silva, 2004). É neste contexto familiar, com menor disponibilidade de tempo para os filhos, que surgem afirmações como: «Quando se fala com algumas famílias onde os filhos são adolescentes, os problemas parecem crescer todos os dias. Pais e filhos caminham cada vez mais para o desencontro, a perplexidade parece atingir todos.» (Sampaio, 2006, p. 33)

Antes do 25 de Abril, ninguém supunha ter preocupações, por exemplo, face à droga, sexo ou violência. A esse propósito, Sampaio (2006, p.34, 36) faz as seguintes afirmações: «Nestas famílias pseudoperfeitas, guardiãs da moral e dos bons costumes, células base do salazarismo, não se falava dos temas difíceis de agora.»; «Impressiona ouvir dizer que as famílias de hoje têm mais problemas. Como é possível fazer a comparação, se anteriormente não se falava deles?» Deste modo, questiona se os problemas aumentaram efetivamente ou simplesmente há mais abertura para serem abordados.

De seguida podemos observar, através dos resultados do estudo nacional HBSC 2010, a relação entre o contexto familiar e os comportamentos dos jovens.

Gráfico 22
Contexto familiar e comportamento dos adolescentes - relação entre a capacidade de comunicação com o pai e respetivos comportamentos de saúde (HBSC 2010)



Fonte: Matos, 2011b, p. 10

Tal como podemos observar no gráfico 22, verifica-se que os adolescentes que consideram fácil comunicar com o pai apresentam um conjunto de comportamentos de saúde mais favoráveis. Segundo a mesma fonte, o mesmo acontece em relação à facilidade de comunicação com a mãe ou ainda quando os pais sabem onde o jovem está depois da escola e a família o ajuda a tomar decisões.

Após análise destes dados, podemos referir que de facto «durante a adolescência os filhos deixam de pertencer aos pais» (Sampaio, 2006, p.41), no sentido em que deixam de ser crianças às quais é fácil dar ordens e controlá-las. Não obstante, a presença dos pais (ou da família em geral) na vida dos adolescentes (dialogando, ajudando a tomar decisões ou mesmo controlando as saídas com os amigos) é fundamental na opção de estilos de vida saudáveis.

2.4.3.A influência dos pares

«As amizades são mais íntimas e intensas na adolescência do que em qualquer outra altura da vida (...) são mais igualitárias do que as relações com os pais, que têm mais poder, ou

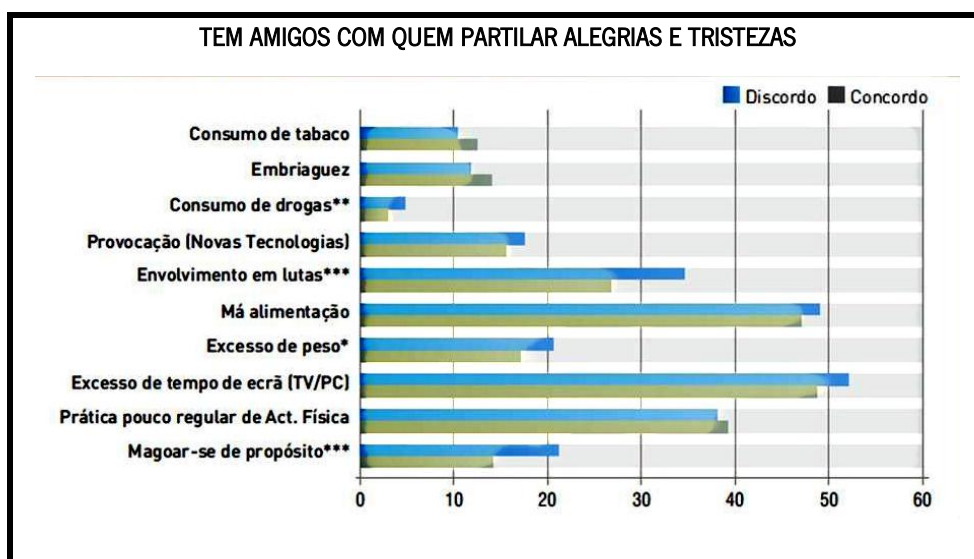
com os irmãos, que são habitualmente mais velhos ou mais novos (...) estão baseadas na escolha e no compromisso.» (Papalia, Olds e Feldman, 2001, p. 601)

No entanto, embora seja usual associar os comportamentos desviantes à influência do grupo de pares e, de facto, este possa ter alguma influência, aparentemente, segundo os autores mencionados, são os pais com autoridade democrática que tendem a educar adolescentes bem ajustados. Estes, por sua vez, procuram outros adolescentes bem adaptados como amigos. Ou seja, o grupo de pares apenas reforça e promove os efeitos benéficos de uma prática educativa eficaz. Em suma, é evidente a sobreposição do papel da família relativamente ao grupo de amigos.

De qualquer modo, podemos afirmar que, em conjunto com a família e a escola, o grupo de colegas corresponde a um dos principais contextos em que os jovens desenvolvem as características pessoais e sociais de que necessitarão para a idade adulta. Daí ser de igual modo preocupante quando um adolescente é demasiado influenciado pelos colegas ou quando vive totalmente isolado do grupo de amigos (Sprinthall e Collins, 1999)

No gráfico seguinte é possível observar a relação entre a existência de amigos com quem partilhar alegrias e tristezas e a adoção de comportamentos saudáveis.

Gráfico 23
Amizades / grupos de pares e comportamentos -Relação entre a existência de amigos com quem partilhar alegrias e tristezas e respetivos comportamentos de saúde (HBSC 2010)



Fonte: Matos, 2011b, p. 11

Constata-se que a existência de um grupo de pares com quem partilhar vivências pode ser um fator protetor, favorecendo comportamentos mais saudáveis. Excetua-se no caso do consumo de tabaco e nas situações de embriaguez.

2.5. Os Conhecimentos e os comportamentos

Glanz (1999) considera que os modelos contemporâneos relacionados com os comportamentos de saúde (a nível individual e interpessoal) estão habitualmente incluídos numa categoria mais vasta de teorias Cognitivo - Comportamentais, atravessadas pelos seguintes conceitos - chave:

-O comportamento é mediado por cognições, no sentido em que aquilo que conhecemos e pensamos afeta o modo de nos comportarmos;

-O conhecimento é necessário, mas não suficiente para produzir alterações de comportamento, ou seja, as perceções, motivações, aptidões e fatores do ambiente social também desempenham um papel importante.

Estes conceitos vão de encontro a pontos – chave da Carta de Ottawa, decorrente da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1986), em que a Saúde é encarada como resultante, não só, dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros ou do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida, mas inclusive do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde.

2.5.1. Modelos de Educação para a Saúde

A Carta de Ottawa associa a saúde ao maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida, considerando que na saúde dos indivíduos intervêm fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. A Promoção da Saúde aparece definida

como «o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde».

A conceção de Promoção da Saúde é mais abrangente do que o conceito de Educação para a Saúde. A Educação para a Saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença, podendo influenciar ou clarificar valores, bem como proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências ou conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Significando, assim, que não corresponde a uma mera transmissão de conhecimentos, sendo necessário o conjunto de apoios para trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais e para promover uma mudança de atitudes (Carvalho e Carvalho, 2008). Estes autores consideram a existência de modelos subjacentes às práticas de Educação para a Saúde (EpS) e agrupam-nos em três gerações:

- A primeira geração denominada “EpS informativa”(Santos, 2000), assente no princípio de que os hábitos e comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação, orientando a sua ação para a prevenção e tratamento da doença, sob a forma de prescrições e recomendações;

- A segunda geração (Moreno, García e Campos, 2000), uma EpS “centrada no comportamento”, em que o seu objetivo é obter comportamentos saudáveis e a informação é, apenas, um elo do processo. A saúde resulta do comportamento do indivíduo, determinado, por sua vez, por estímulos do meio onde está inserido;

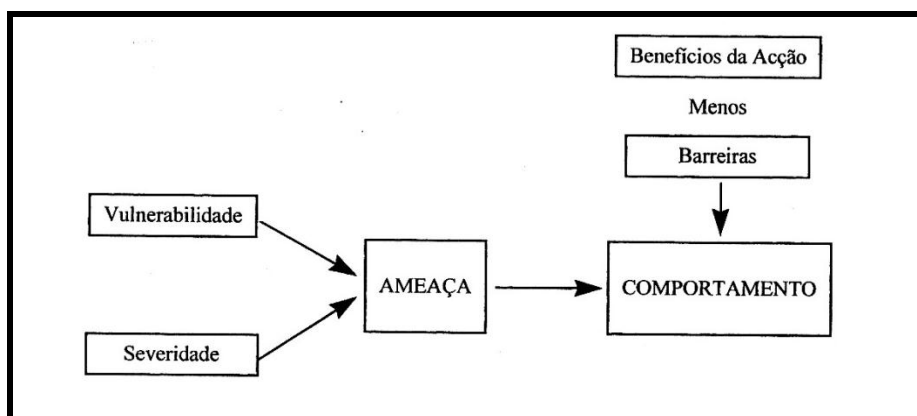
- A terceira geração de EpS designada “EpS crítica”, que despontou gradualmente, propondo alternativas de mudanças sociais. A morbimortalidade surge ligada à estrutura económica, tentando reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária.

A primeira geração baseia-se no modelo biomédico, em que a saúde é determinada pela prevenção e tratamento da doença, resultante de hábitos e comportamentos de risco, em virtude da falta de informação. A educação para a saúde baseia-se na mera transmissão de conhecimentos e de informação, de forma expositiva e unidirecional, em que o conceito de saúde subjacente é muito redutor (baseado praticamente só em aspetos biológicos da doença) e negativo (como mera a “ausência de doença”) (Martinez, Carreras e Haro, 2000, citado em Feio e Oliveira, 2010).

Na segunda geração de modelos integra-se o Modelo de Crenças na Saúde ou *Health Belief Model*. Foi originalmente introduzido na década de 50 por psicólogos que trabalhavam no

U.S. Public Health Service, isto é, Hochbaum, Rosenstock, Leventhal e Kegeles. Foi igualmente um dos primeiros modelos que adaptou as teorias das ciências comportamentais aos problemas de saúde, continuando a ser difundido e a usufruir de reconhecimento (Glanz, 1999).

Figura 9
Esquema representativo do Modelo de Crença na Saúde



Fonte: Matos e Sardinha, 1999, p. 172

Como podemos constatar através da figura 9, o Modelo de Crença na Saúde (Glanz, 1999) foi construído com base em quatro conceitos que representam a ameaça percebida e os e os benefícios puros: vulnerabilidade percebida (opinião do próprio indivíduo sobre as hipóteses de contrair uma doença), severidade percebida (opinião do próprio sobre a seriedade do seu estado de saúde e quais as sequelas), benefícios percebidos e obstáculos percebidos (opinião do próprio indivíduo dos custos físicos e psicológicos que ação pode ter). Estes conceitos contabilizam a disponibilidade para agir, isto é, originalmente este modelo pretendia orientar e procurar as razões e ajudar a identificar pontos de mudança cruciais. Atualmente, podemos ainda acrescentar dois outros conceitos: Pistas para ação (estratégias para ativar a disposição, fornecendo informação para a ação, promovendo a consciencialização); Autoeficácia (confiança do indivíduo na sua capacidade de passar à ação, dando treino, aconselhamento na realização da ação).

Acrescenta-se que este modelo (Matos e Sardinha, 1999) foi concebido mais para evitar comportamentos de risco do que para promover comportamentos de saúde.

Na última geração de modelos integra-se o Modelo de *Empowerment* (Feio e Oliveira, 2010). O conceito *Empowerment* pode ser definido (Glanz, 1999) como o processo de ganhar competência e poder sobre si ou comunidade para produzir mudança. A sua aplicação pode ser

feita disponibilizando, aos indivíduos e comunidades, ferramentas e responsabilidade para tomar as decisões que os afetam.

2.5.2. Conhecimentos dos alunos no âmbito da saúde cardiovascular e as Orientações Curriculares para a disciplina de Ciências Naturais no 3º Ciclo

Ao nível do 3º Ciclo do Ensino Básico, a disciplina de Ciências Naturais é aquela cujo programa integra conteúdos no âmbito da Educação para a Saúde. No quadro 1 apresentamos informação relativa às Orientações Curriculares do Ministério da Educação para o tema geral “Viver melhor na Terra”, habitualmente lecionado no 9º ano de escolaridade.

QUADRO 2

Conteúdos integrados no tema geral “Viver melhor na Terra” do programa da disciplina de Ciências Naturais – 3º ciclo

CIÊNCIAS NATURAIS
Saúde individual e comunitária Indicadores do estado de saúde de uma população Medidas de ação para a promoção da saúde
Transmissão da vida Bases fisiológicas da reprodução Noções básicas de hereditariedade
Organismo humano em equilíbrio Sistemas neurohormonal, cárdio-respiratório, digestivo e excretor em interação Opções que interferem no equilíbrio do organismo (tabaco, álcool, higiene, droga, atividade física, alimentação)
Ciência e Tecnologia e qualidade de vida (Ciência e Tecnologia na resolução de problemas da saúde individual e comunitária, Avaliação e gestão de riscos)

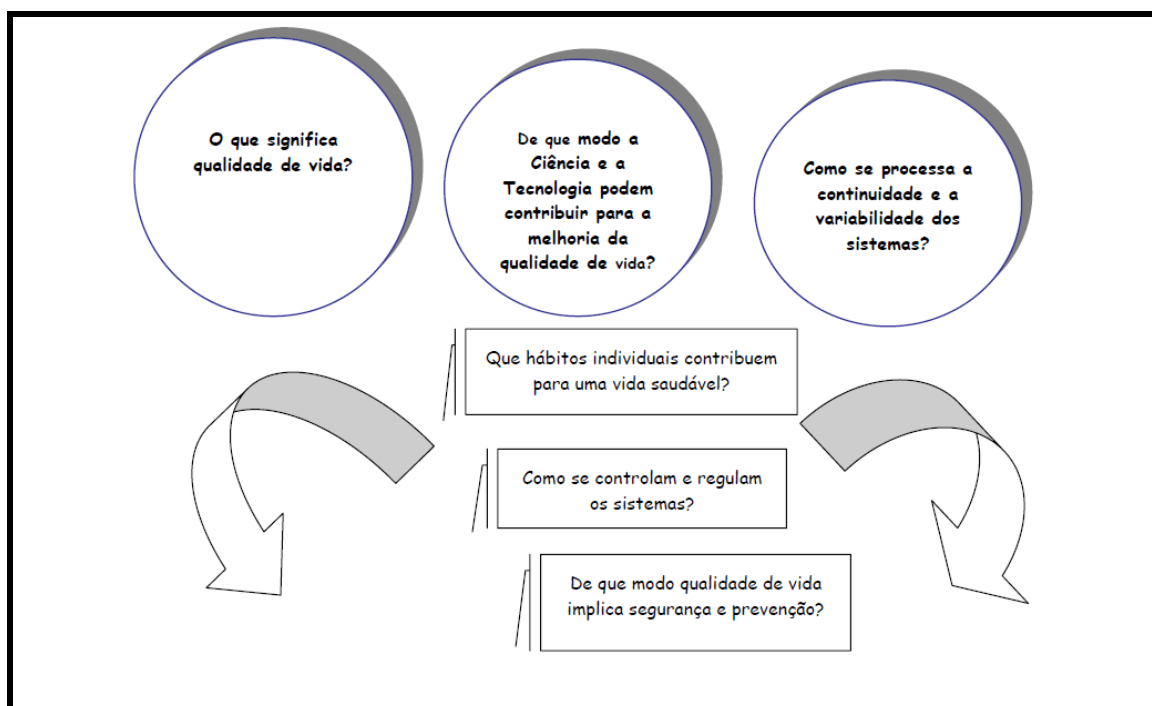
Fonte de dados: Orientações Curriculares do Ministério da Educação

O subtema inicial “Saúde individual e comunitária” visa a aquisição de conhecimentos fundamentais à promoção da saúde em geral e à prevenção de doenças individuais e comunitárias.

O Subtema “Organismo humano em equilíbrio” engloba o denominado sistema cárdio-respiratório, onde se inserem os conteúdos referentes ao sistema circulatório e respetivas atitudes promotoras da saúde cardiovascular.

A figura seguinte (figura 10) representa esquematicamente a relação entre os diversos conteúdos programáticos, sendo possível constatar a ênfase dada aos hábitos saudáveis que contribuem para uma vida saudável e à importância da segurança e da prevenção para tornar possível uma vida com qualidade.

Figura 10
Relação entre os conteúdos programáticos da disciplina de Ciências Naturais do 9ºano



Fonte: Orientações curriculares do Ministério da Educação para as Ciências Naturais e Físico – Químicas (9ºano), p.31

Para o cumprimento do programa da disciplina de Ciências Naturais, a Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), propõe metas. No Quadro 3 estão esquematizadas, na totalidade, as metas para o subtema “Saúde individual e comunitária”. Para

o subtema o “Organismo humano em equilíbrio”, optámos por apresentar apenas aquelas que se referem ou se relacionam com o sistema circulatório e à saúde cardiovascular.

QUADRO 3

Algumas metas de aprendizagem para o tema “Viver melhor na Terra” – Ciências Naturais – 3ºCiclo

METAS DE APRENDIZAGEM
<p>Saúde individual e comunitária</p> <ul style="list-style-type: none"> -O aluno caracteriza o que a Organização Mundial de Saúde considera por estado de saúde de um indivíduo; -O aluno enumera indicadores do estado de saúde da população; explica o seu significado e interpreta esquemas/gráficos/tabelas que forneçam informações sobre a evolução do estado de saúde de uma população; -O aluno associa medidas de promoção para a saúde a prevenção de doenças individuais e comunitárias; -O aluno identifica, justificando, fatores e atitudes que promovem a saúde individual e comunitária.
<p>Organismo humano em equilíbrio</p> <ul style="list-style-type: none"> -O aluno identifica os constituintes do sangue e descreve as respetivas funções; diferencia sangue venoso de sangue arterial quanto à quantidade relativa de dióxido de carbono e oxigénio que contêm. -O aluno descreve a circulação pulmonar e a circulação sistémica, explicitando a respetiva função; relaciona a estrutura dos diferentes vasos sanguíneos com a sua função. -O aluno identifica e caracteriza as fases do ciclo cardíaco (diástole geral, sístole auricular e sístole ventricular) quanto à contração/relaxamento das cavidades do coração e abertura/fecho das válvulas e suas consequências para a deslocação do sangue no coração. -O aluno descreve processos vitais como a hematose pulmonar (sistema respiratório) e a absorção intestinal (sistema digestivo) identificando a sua importância no funcionamento do organismo e na manutenção do seu equilíbrio. -O aluno distingue técnicas de prevenção (exemplo: vacinas), de diagnóstico (exemplos: análises sanguíneas, TAC, radiografias, ecografias) e de tratamento (exemplo: antibióticos) de doenças e aplica-as em casos particulares (exemplos: doenças cardiovasculares, respiratórias, gástricas). -O aluno evidencia a importância dos avanços científico-tecnológicos no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças; -O aluno caracteriza comportamentos de risco (exemplos: consumo, tabaco, álcool, outras drogas, alimentação desequilibrada) para a integridade física e/ou psíquica dos indivíduos e explica algumas das suas principais consequências.

Fonte: Metas de aprendizagem propostas pela Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC)

Uma análise das metas proposta pela DGIDC permite concluir que embora seja importante proceder a uma abordagem das doenças cardiovasculares, esta deverá ser feita mais ao nível da prevenção e no reconhecimento de fatores que afetam a integridade dos indivíduos

em geral do que na identificação de doenças específicas e no conhecimento de detalhes sobre as mesmas.

2.6.Comportamentos dos alunos

Com a finalidade de caracterizarmos os comportamentos dos jovens adolescentes portugueses e europeus escolarizados, recorreremos aos dados do HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Conta atualmente com 44 países, entre os quais, Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. O primeiro estudo realizado em Portugal foi em 1998, seguindo-se os de 2002, 2006 e 2010.

Em 2010, participaram no estudo 5050 jovens, dos quais 52,3% eram do sexo feminino; 30,8% frequentavam o 6ºano, 31,% eram do 8ºano e 37,6% estavam no 10ºano de escolaridade. A média de idades situou-se nos 14 anos.

Usámos ainda os dados relativos ao Projeto ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (que tem como grupo alvo os alunos que completam 16 anos no ano em que se procede à recolha de dados). Realiza-se de 4 em 4 anos e o estudo relativo a 2007 correspondeu ao quarto realizado no mesmo âmbito.

2.6.1.Hábitos alimentares em adolescentes portugueses e europeus

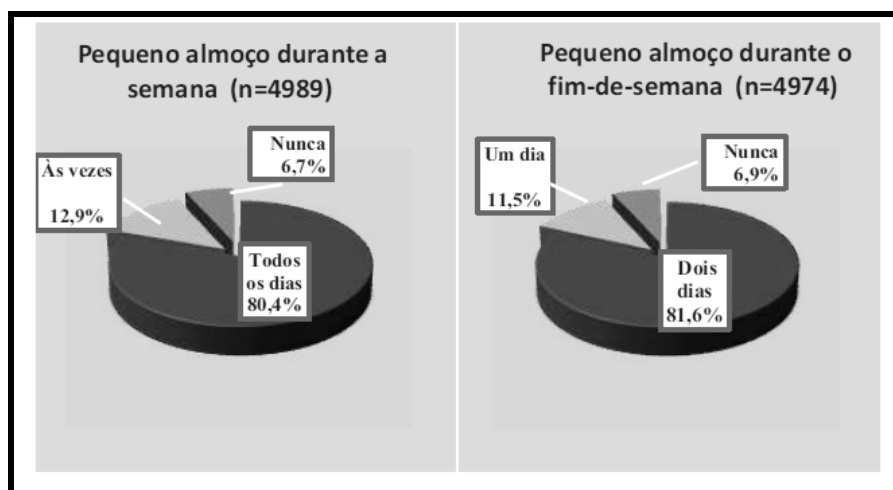
«A prática de uma alimentação saudável é influenciada por uma série de fatores biológicos, psicológicos, micro sociais (influência dos pais, da escola, dos amigos, etc.), macro sociais (comunicação social, cultura imperante, hábitos sociais e culturais, etc.) e ambientais (oferta alimentar local ou disponível nos supermercados, no setor da restauração, etc.). Assim, reforçando a ideia expressa no ditado popular de que “para educar uma criança é preciso uma aldeia”, a educação alimentar começa na família, continua na escola e na comunidade, faz-se com a ajuda dos média e com a colaboração de um elevado número de instituições de saúde e outras. Uma boa alimentação depende de uma boa educação alimentar» (Ferreira, Castro, Valada, Costa, Samorinha, Precioso, 2009, p.29).

A adolescência é uma etapa fundamental na aquisição de hábitos alimentares saudáveis, dado que o desenvolvimento psicossocial do jovem condiciona também um aumento na sua autonomia. Dessa forma, a influência parental passa a ser gradualmente substituída pela pressão social e dos pares, o que nem sempre é favorável à prática de hábitos saudáveis. Não obstante, a aquisição precoce de um estilo de vida saudável vai minimizar essa pressão. O jovem poderá deteriorar, durante a adolescência, hábitos apreendidos na infância, mas há uma tendência para manter comportamentos adquiridos na origem, quando atingir a idade adulta. (Ramos, 2010)

Um pequeno-almoço regular é parte integrante de uma alimentação saudável. Entre outros fatores, contribui para um bom desenvolvimento cognitivo, favorecendo assim o processo de aprendizagem. A falta do pequeno-almoço tem sido associada a várias outras falhas ao nível dos comportamentos de saúde, como fumar, consumir álcool e drogas ou a um estilo de vida mais sedentário. A ausência do pequeno-almoço está também ligada a um aumento no consumo de *snacks*, pobres em fibras e ricos em matéria gorda, revelando também uma associação com o aumento de risco de obesidade (Currier et al, 2008).

Figura 11

Gráficos relativos ao hábito de tomar o pequeno-almoço durante a semana e durante o fim de semana, por jovens portugueses (HBSC 2010)

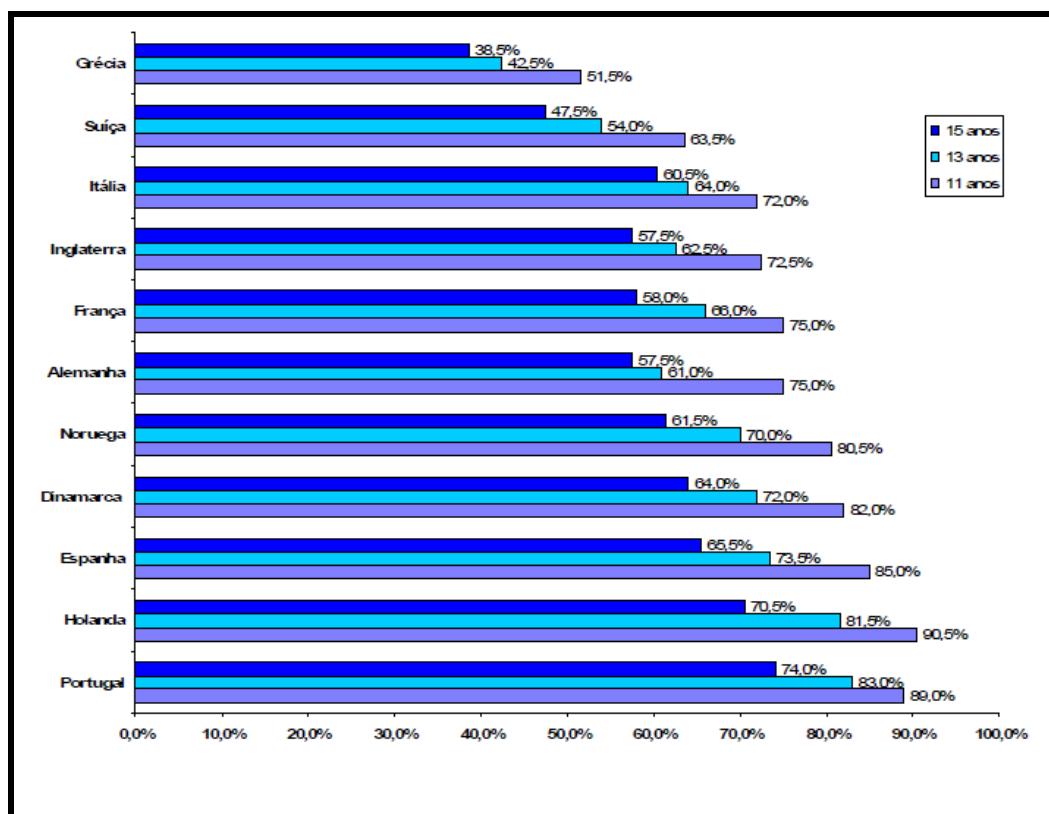


Fonte: Matos, 2011a, p. 24

Verifica-se que a maioria dos adolescentes portugueses toma o pequeno-almoço todos os dias e durante o fim de semana.

Seguidamente, apresentamos o gráfico 24, construído com base em alguns resultados do estudo HBSC 2006, onde é possível comparar alguns países europeus no que concerne, ainda, à ingestão do pequeno-almoço.

Gráfico 24
Ingestão do pequeno-almoço durante a semana, por grupo etário em alguns países europeus
(HBSC 2006)



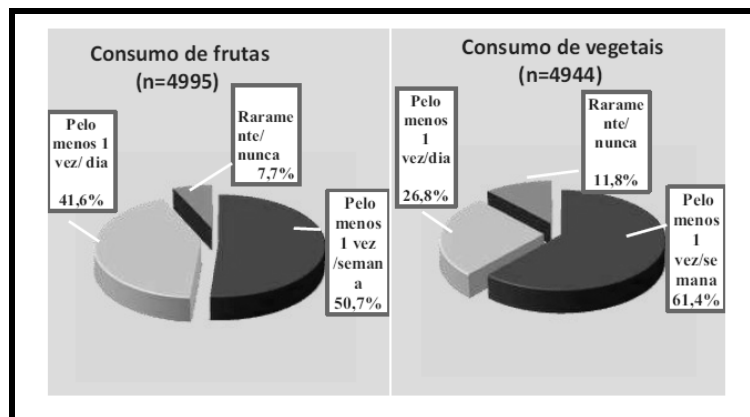
Fonte: Costa, 2009, p. 49 (dados: Currier, 2008)

Pela análise do gráfico, é possível verificar que o hábito de tomar o pequeno-almoço decresce com a idade, em todos os países analisados, inclusive Portugal. Não obstante, no seio deste grupo de países, Portugal é aquele que, para uma faixa etária dos 15 anos, regista a maior frequência deste hábito.

Seguidamente, procedemos a uma análise do consumo de fruta e vegetais.

Figura 12

Gráficos relativos ao consumo de fruta e vegetais, por jovens portugueses (HBSC 2010)

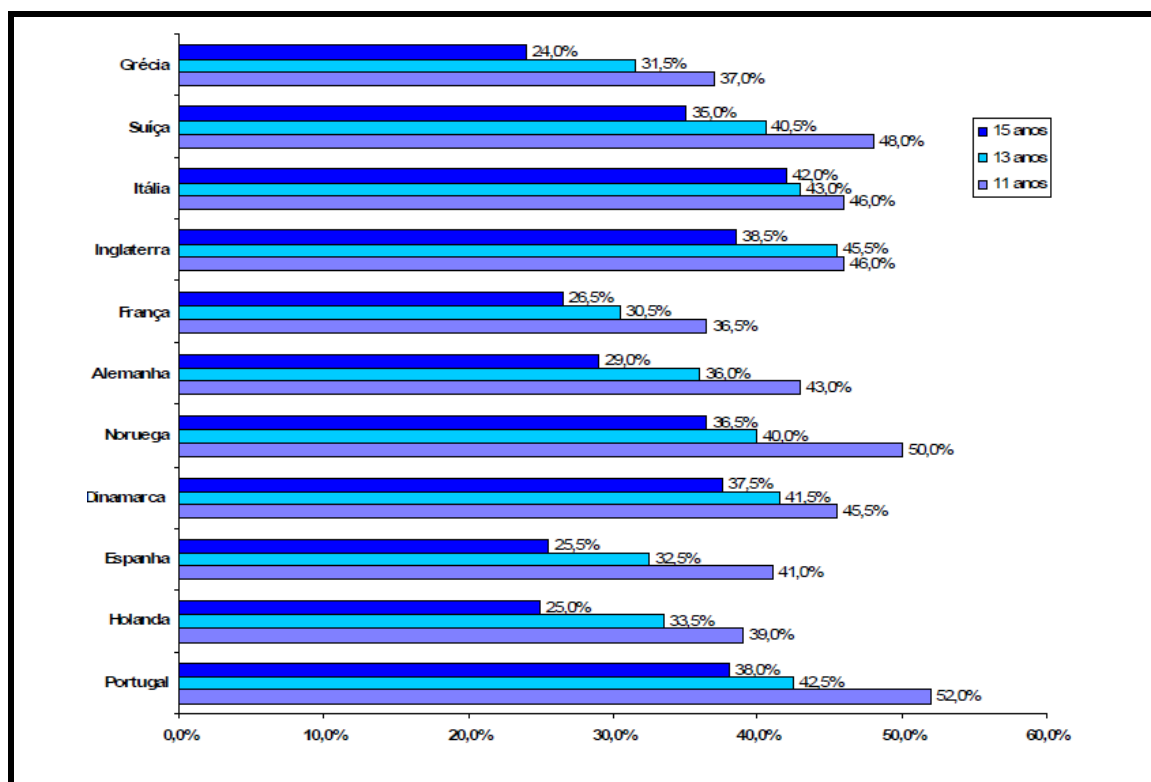


Fonte: Matos 2011a, p. 26

No que concerne ao consumo de fruta, 41,6% dos jovens referem fazê-lo pelo menos uma vez por dia. Relativamente ao consumo de vegetais, regista-se um valor de apenas 26,8%.

Gráfico 25

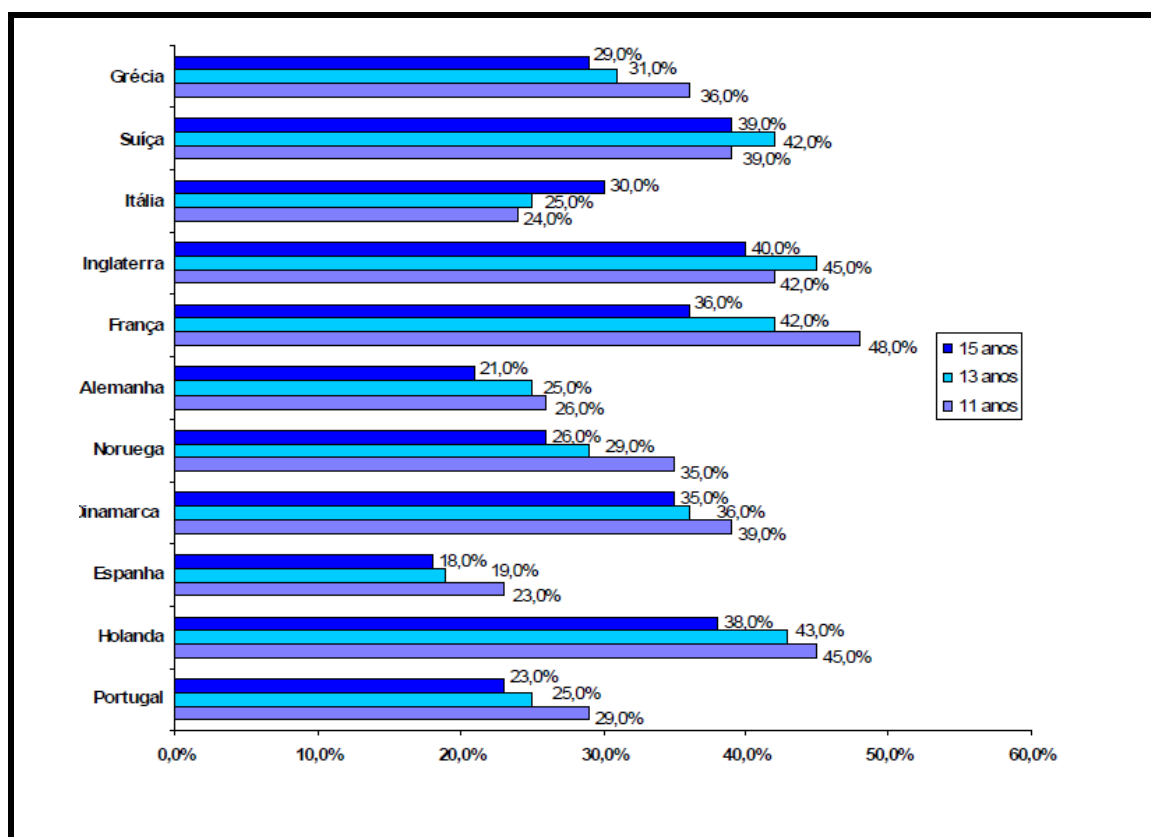
Consumo diário de fruta, por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006)



Fonte: Costa, 2009, p. 51 (fonte de dados: Currier, 2008)

Pela observação do gráfico anterior, podemos considerar novamente, em todos os países, uma redução do consumo de fruta à medida que aumenta a idade. Portugal é o país com a melhor taxa de consumo para a faixa etária dos 11 anos, no entanto, perde esse estatuto quando se trata da faixa etária dos 15 anos.

Gráfico 26
Consumo diário de vegetais, por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006)

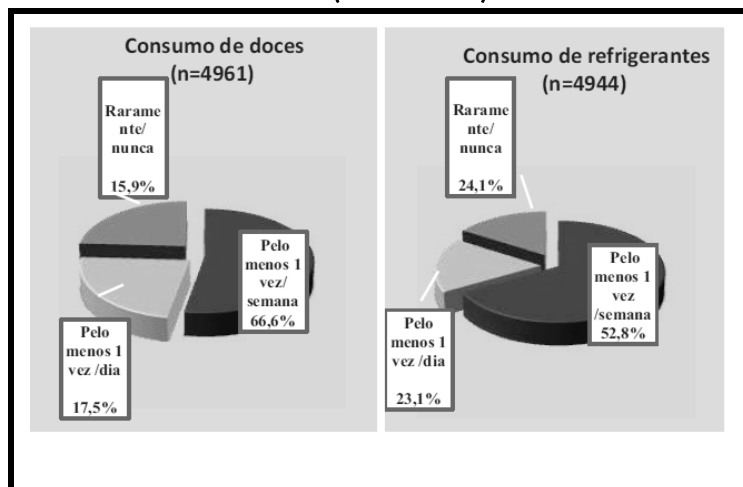


Fonte: Costa, 2009, p. 53 (fonte de dados: Currier, 2008)

No caso do consumo de vegetais (gráfico 23), há mais variações de país para país e Portugal é um dos piores no que concerne à ingestão deste tipo de alimentos.

A figura 13 refere-se aos dados do estudo HBSC 2010, em Portugal.

Figura 13
Gráficos relativos aos hábitos de consumo de doces e de refrigerantes pelos jovens Portugueses (HBSC 2010)

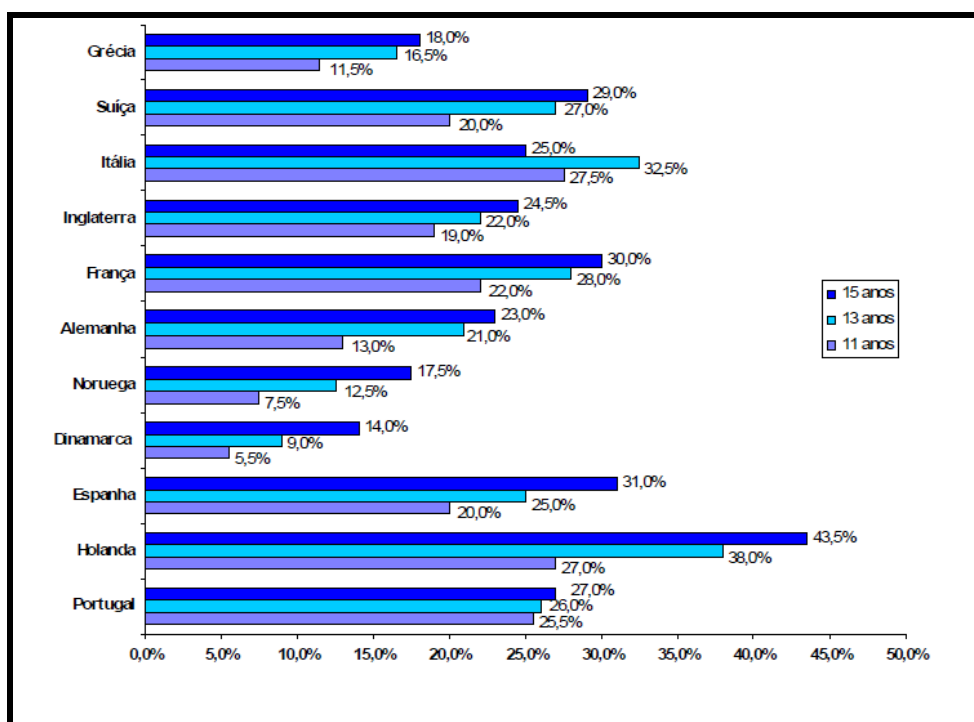


Fonte: Matos, 2011a, p. 27

O consumo diário ocorre em 15,5% e 23,5% dos casos, para o caso respetivamente dos doces e dos refrigerantes.

Seguidamente, temos a situação relativamente ao consumo de refrigerantes (2006) em alguns países europeus.

Gráfico 27
Consumo diário de refrigerantes, por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006)



Fonte: Costa, 2009, p. 55 (fonte de dados: Currier, 2008)

Em todos os países, o consumo de refrigerantes aumenta com a idade. Portugal não ocupa uma posição de destaque, nem pela positiva, nem pela negativa.

2.6.1.1.Evolução da prevalência da ingestão de alimentos saudáveis em jovens portugueses

A tabela IV representa a evolução da prevalência de alimentos saudáveis, em jovens portugueses, no período compreendido entre 1998 e 2010, com base nos resultados do estudo HBSC em Portugal.

Tabela 4
Evolução da prevalência da ingestão de alimentos saudáveis, em jovens portugueses (HBSC 1998-2010)

	1998	2002	2006	2010
Pequeno-almoço				
(nunca)	...	7,8%	6,1%	6,7%
Comer doces				
(mais do que 1 vez por semana)	57,4%	64,3%	65,7%	61,8%
Beber colas ou refrigerantes				
(Mais que uma vez por semana)	49,1%	66,5%	60,5%	59,5%
Consumo de fruta				
(raramente/nunca)	5,0%	5,7%	8,7%	7,7%
Consumo de vegetais				
(raramente/nunca)	19,05%	11,7%	12,2%	11,8%

Fonte de dados: Matos, 2011b, p. 14

Podemos constatar os seguintes aspetos:

-De 2002 para 2006, houve um decréscimo no número de alunos que abdicavam do pequeno-almoço, no entanto, em 2010, registou-se um ligeiro aumento;

-Até 2006, verificou-se um aumento do número de alunos que referiram comer doces mais do que uma vez por semana, mas em 2010 esse valor diminuiu;

-O consumo de colas ou refrigerantes registou um aumento significativo em 2002, decrescendo ligeiramente a partir daí;

-Até 2006, aumentou o número de jovens que não consomem ou raramente consomem fruta, contudo, em 2008, voltou a descer, embora levemente;

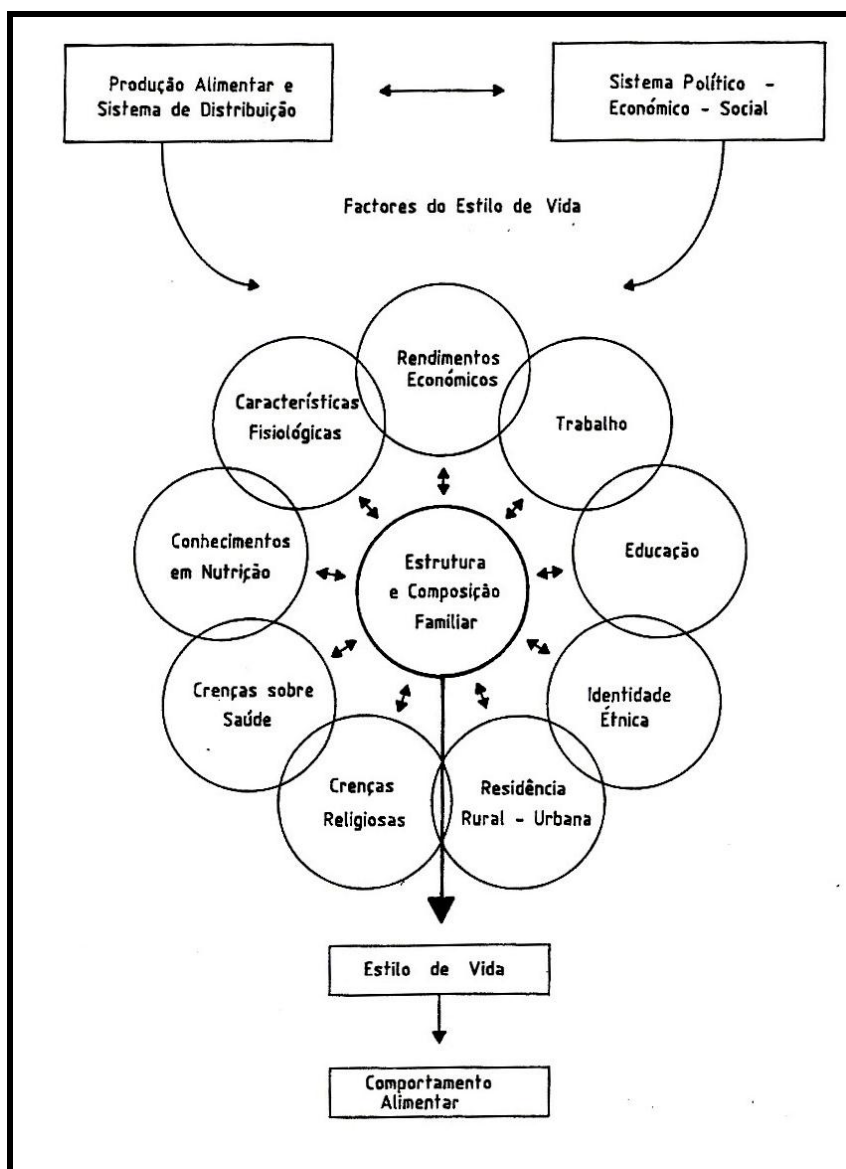
-Quanto ao consumo de vegetais, decresceu em 2002 e, a partir daí, podemos considerar que estabilizou.

Com base nestes resultados, podemos afirmar que os jovens portugueses têm vindo a perder, nos últimos anos, alguns dos seus hábitos alimentares saudáveis.

2.6.1.2. Determinantes dos hábitos alimentares

Na figura 14, apresentamos, esquematicamente, os fatores implicados no comportamento alimentar.

Figura 14
Fatores implicados no comportamento alimentar (Nielson, 1983)



Fonte: Loureiro (1999), p.60

Como podemos verificar são inúmeros os fatores implicados no comportamento alimentar. A estrutura e composição familiar surgem no centro destes fatores, como alicerce dos comportamentos alimentares.

Para ajudar à mudança de comportamentos é necessário conhecer os fatores que influenciam na tomada de decisões e como intervir sobre eles. De facto essas mudanças só poderão ocorrer se houver motivação para o fazer e existirem condições para o exercício desse novo comportamento dado que o mesmo não está sob controlo voluntário total do indivíduo. Contudo, é na infância a melhor altura para se adquirir boas práticas alimentares. De facto, sendo a infância e a adolescência os períodos cruciais do crescimento físico e maturação, há que garantir o melhor funcionamento das instituições mais importantes (como a escola) a seguir à família, de forma a assegurar as condições adequadas a um bom desenvolvimento das crianças e jovens, promovendo-se, assim, a saúde da população (Loureiro, 1999).

2.6.2. Hábitos de consumo de álcool em adolescentes portugueses e europeus

De acordo com o estudo HBSC 2010, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens portugueses, a bebida mais consumida todos os dias é a cerveja. A maioria dos jovens refere que raramente ou nunca consumiu essas bebidas (Tabela VIII).

Tabela 5
Consumo de bebidas alcoólicas (HBSC 2010)

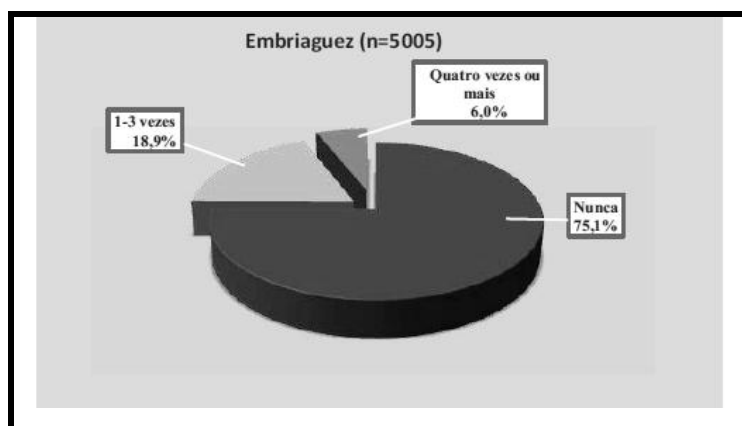
Consumo de bebidas alcoólicas			
	Todos os dias	Todas as semanas/meses	Raramente ou nunca
Cerveja (n=4942)	0,5%	7,8%	91,7%
Vinho (n=4911)	0,4%	2,1%	97,5%
Bebidas destiladas (n=4945)	0,3%	9,9%	89,8%
Alcopops (n=4903)	0,3%	6,0%	93,7%
Outra (n=4712)	0,4%	5,3%	94,3%

Fonte: Matos, 2011a, p.46.

Ainda segundo o estudo HBSC 2010, verifica-se que o consumo de bebidas alcoólicas tem tendência a aumentar com a idade, sendo os alunos do 10ºano quem mais refere consumir este tipo de bebidas, comparativamente com o 6º e 8ºanos.

No que respeita embriaguez, a grande maioria dos jovens refere nunca se ter embriagado (Gráfico 28).

Gráfico 28
Embriaguez em jovens Portugueses (HBSC 2010)

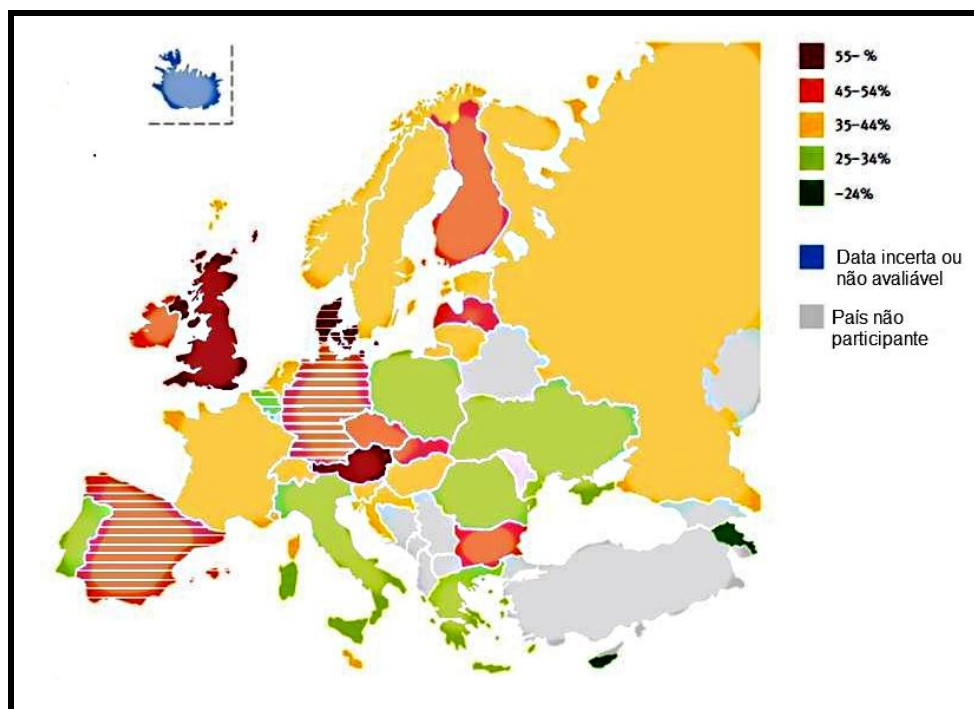


Fonte: Matos, 2011a, p.48.

Os dados relativos ao estudo HBSC 2010 indicam-nos que são novamente os mais velhos quem mais diz já se ter embriagado 4 vezes ou mais.

Seguidamente, apresentamos dados relativos Projeto ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

Figura 15
Percentagem de alunos que passaram por alguma situação de embriaguez nos últimos 12 meses, em vários países da Europa (ESPAD 2007)

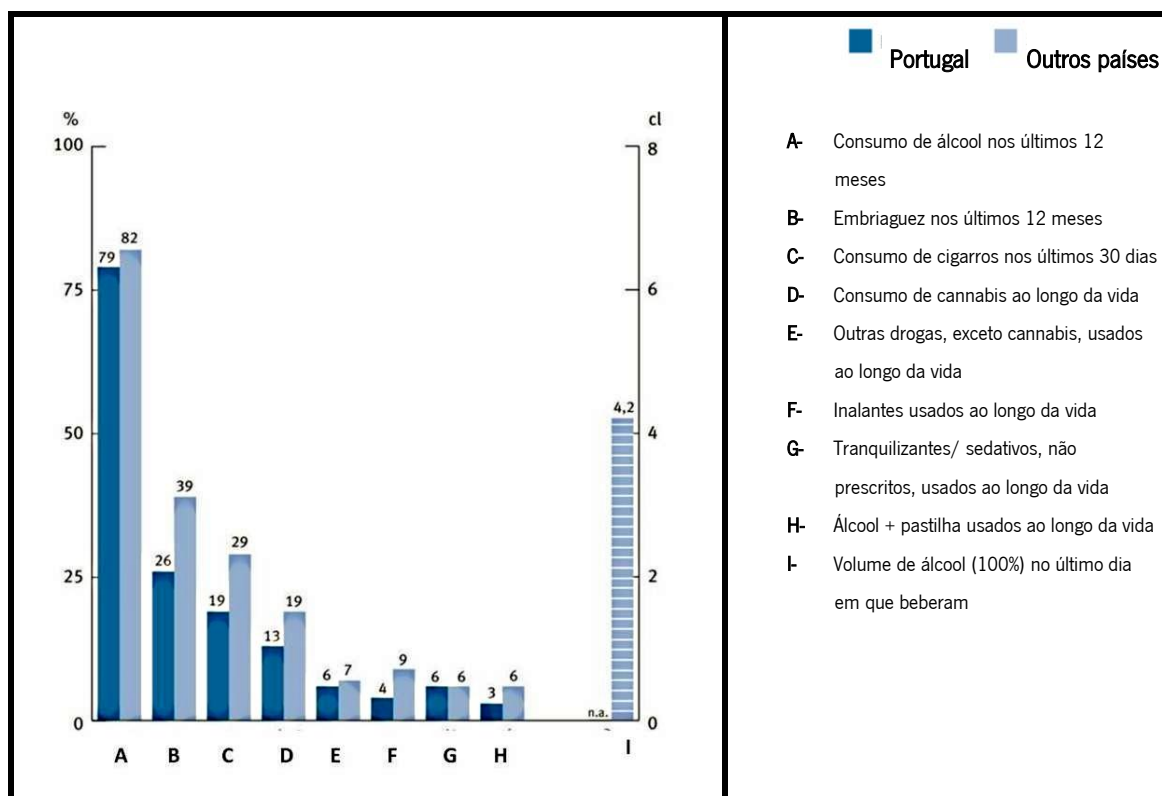


Fonte: Hibell et al, p. 73

Como podemos constatar, Portugal apresenta uma percentagem relativamente baixa (25-34%), em comparação com o máximo de 55% registado. De acordo com o mesmo estudo, quando a situação de embriaguez se reporta aos últimos 30 dias, a percentagem dos jovens portugueses baixa para os 5-14%, valor reduzido quando comparado com um máximo registado de 40%.

No gráfico 29, ainda no âmbito do estudo ESPAD 2007, verificamos que em Portugal, relativamente ao consumo álcool e à grande maioria dos consumos, os valores são inferiores à média dos restantes países.

Gráfico 29
Resultados - chave relativos a Portugal (Estudo ESPAD 2007)



Fonte: Hibell et al p.113 (traduzido)

2.6. 2.1.Evolução da prevalência de ingestão de álcool em adolescentes portugueses

Apresentamos os dados relativos aos resultados obtidos nos vários estudos HBSC, desde 1998 a 2010.

Tabela 6
Evolução da prevalência de ingestão de álcool, em jovens portugueses (HBSC 1998-2010)

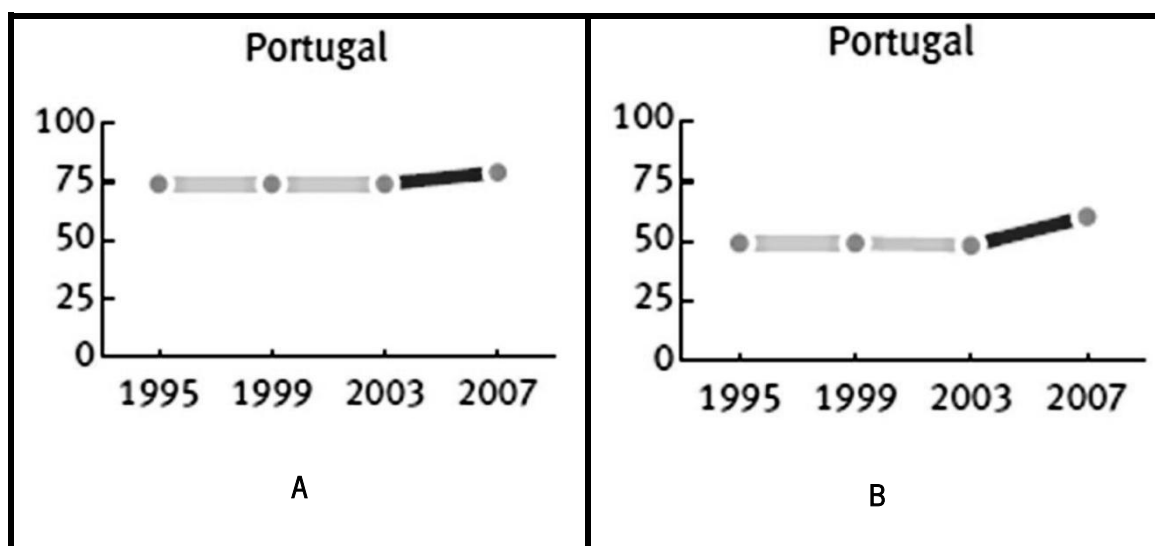
	1998	2002	2006	2010
Embraguez				
(mais de duas vezes)	2,2%	2,5%	2,8%	2,4%
Consumo de bebidas destiladas				
(todas as semanas)	3%	4,7%	3,7%	2,8%

Fonte de dados: Matos 2011b, p.14.

Relativamente à embriaguez, a prevalência tem-se mantido, mais ou menos estável, ao longo do período compreendido entre 1998 e 2010. O consumo de bebidas destiladas registou uma subida em 2002, para voltar a diminuir em 2010 (Tabela VI).

Na figura 16, constam dados relativos ao projeto ESPAD 2007, onde é possível verificar que, para uma faixa etária igual ou superior a 16 anos, o consumo de álcool aumentou de 2003 para 2007.

Figura 16
Evolução da prevalência de ingestão de qualquer tipo de bebida alcoólica durante os últimos 12 meses (A) e durante os últimos 30 dias (B) - ESPAD 2007



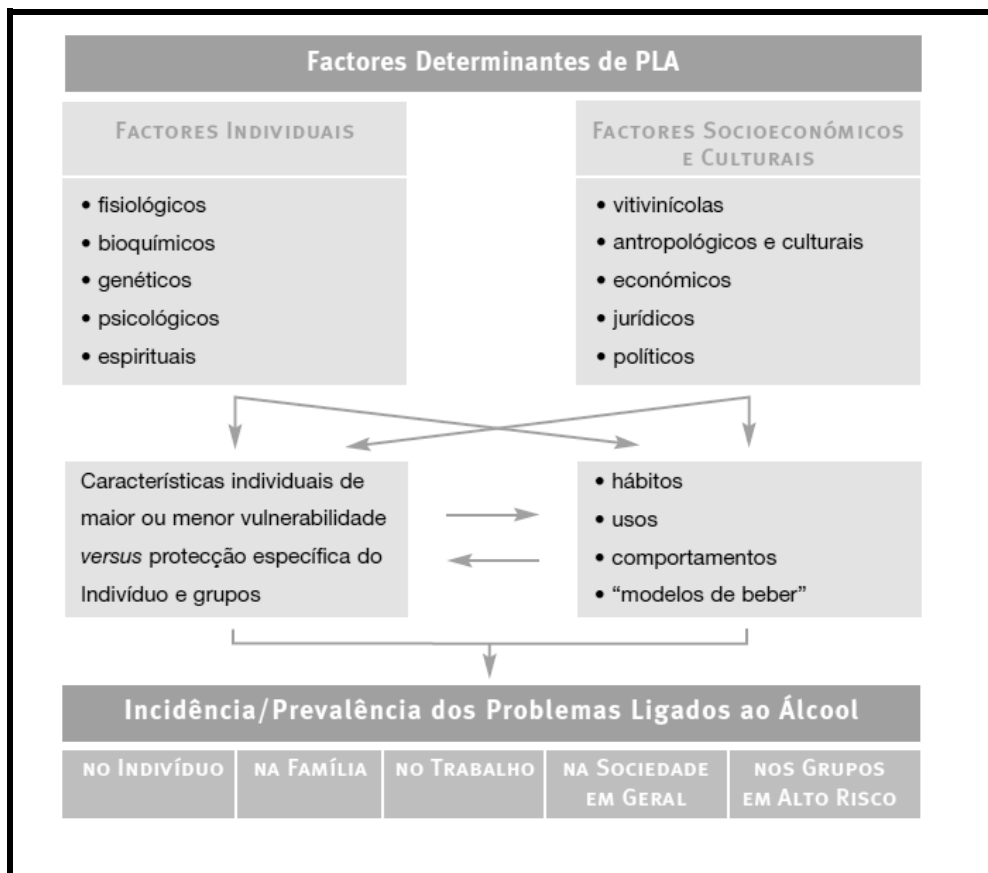
Fonte: Hibell et al, pp. 129 e 131

2.6.2.2. Determinantes do consumo de álcool pelas crianças e jovens

Uma abordagem aos determinantes do consumo de álcool, implica considerar a importância de fatores individuais, bem como sócio-ecológicos e culturais (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Na figura seguinte apresentamos um esquema representativo dos fatores determinantes dos problemas ligados ao álcool.

Figura 17
Fatores determinantes dos problemas ligados ao álcool



Fonte: Mello et all (2001), p. 22, adaptado de Cartwright e Shaw (1978)

Todos esses fatores – sociais, económicos, psicológicos, fisiológicos – exercem uma influência entre si, sendo nesta inter - influência e interação que se criam e desenvolvem as duas grandes e fundamentais determinantes da prevalência do Alcoolismo: os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou proteção de cada indivíduo (Idem).

No caso dos jovens, a família parece ter um papel preponderante na iniciação ao consumo de álcool, pois os contactos com o álcool são muito mais frequentes nos filhos dos lares onde há problemas com o álcool, pela maior liberdade e acessibilidade de consumo e também pelos exemplos dos pais. Há hoje também a acrescentar a tudo isto os fatores genéticos, atualmente muito investigados. (Pinto, 2007)

O referido autor, acrescenta ainda a importância dos grupos de pares ao nível da adolescência, salientando que é aí que o adolescente afirma as suas diferenças geracionais e se obriga muitas vezes a grandes exigências identificativas, o que poderá constituir um fator de incentivo a novas experiências de consumos. A influência dos pares faz-se sentir não só a nível informativo, constituindo uma parte do conhecimento sobre padrões, atitudes e valores, mas

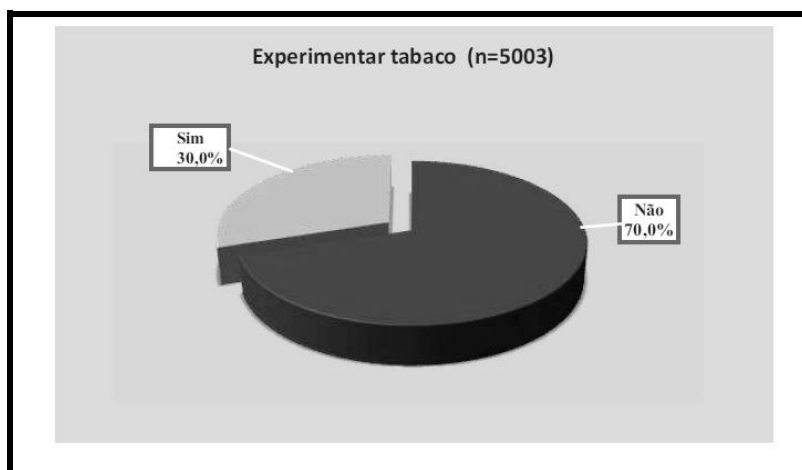
também normativo pela pressão exercida para que todos se comportem da mesma maneira. Desse modo, pode implicar, no caso do álcool, iniciação ou agravamento dos hábitos etílicos.

2.6.3. Hábitos tabágicos em adolescentes portugueses e europeus

«O tabaco é a causa de um número muito elevado de mortes prematuras no nosso País, como em todo o mundo aliás. Milhares de pessoas consomem diariamente muitos milhares de cigarros, charutos, cachimbos, cigarilhas. Muitas crianças e muitos jovens são consumidores de tabaco devido a várias causas, essencialmente sociais e comportamentais.» (Pádua, Instituto nacional de cardiologia preventiva, s/d)

Apesar desta afirmação, de acordo com os resultados do estudo HBSC (2010), a maioria dos jovens portugueses refere nunca ter experimentado fumar (Gráfico 30).

Gráfico 30
Consumo de substâncias (experimentar tabaco)



Fonte: Estudo HBSC 2010

De acordo com este estudo, não há diferenças significativas entre géneros, não obstante, em relação ao ano de escolaridade, a maior parte dos jovens que já experimentou tabaco pertence ao grupo dos mais velhos (Tabela 7).

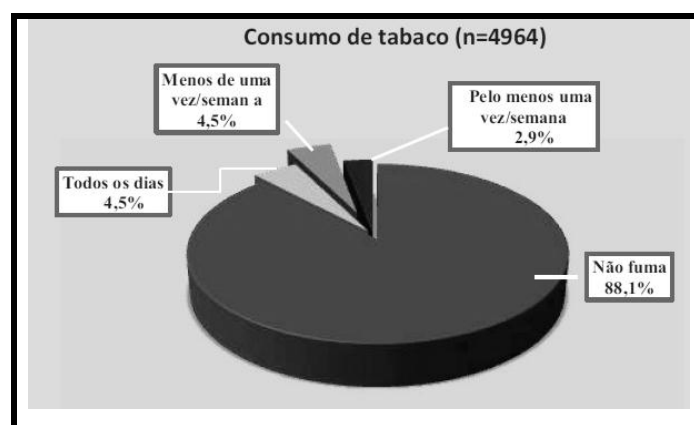
Tabela 7
Experimentar tabaco - Comparação entre anos de escolaridade (HBSC 2010)

EXPERIMENTAR TABACO		
	Sim	Não
6º ano	9,7%	90,3%
8º ano	28,3%	71,7%
10º ano	47,9%	52,1%

Fonte: Matos 2011a, p. 45

Relativamente ao consumo de tabaco, a grande maioria refere não fumar (Gráfico 31).

Gráfico 31
Consumo de tabaco (HBSC 2010)



Fonte: Matos, 2011a, p. 45

E embora, neste caso, também não tenham sido encontradas diferenças entre géneros, são efetivamente os jovens mais velhos que mais fumam, independentemente da frequência (Tabela 8).

Tabela 8
Consumo de tabaco por ano de escolaridade (HBSC 2010)

CONSUMO DE TABACO				
	Todos os dias	Pelo menos uma vez/semana	Menos de uma vez/semana	Não fuma
6º ano	0,9%	1,0%	1,6%	96,5%
8º ano	2,4%	2,4%	5,1%	90,1%
10º ano	9,1%	4,9%	6,3%	79,7%

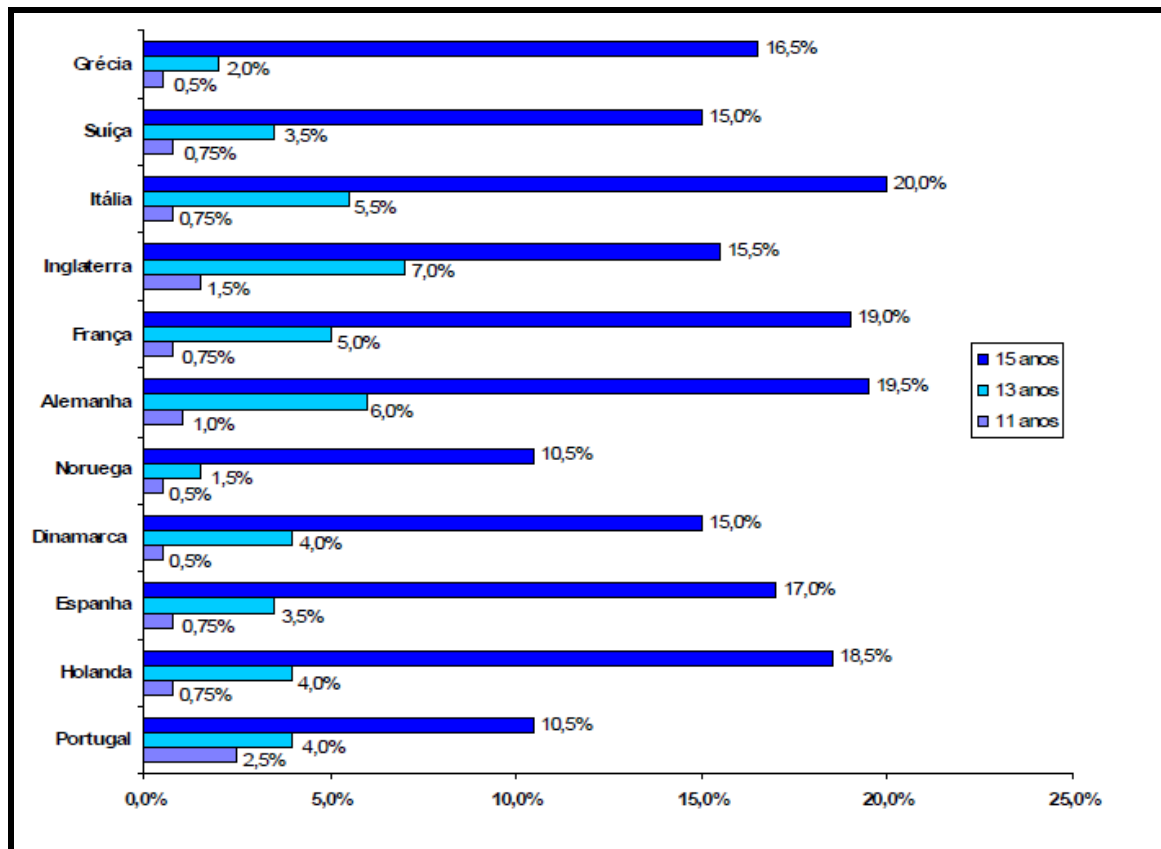
Fonte: Matos 2011a, p. 46.

Tendo em consideração os dados do estudo HBSC, podemos concluir que a grande maioria dos jovens portugueses, nos anos de escolaridade estudados – 6º, 8º e 10º ano - referem não consumir tabaco, aspeto que poderemos considerar bastante positivo para a saúde dos indivíduos.

O HBSC 2006 (Health Behaviour in School-aged Children) forneceu dados importantes relativos aos hábitos tabágicos dos jovens Europeus. No gráfico 31 apresentamos a frequência do consumo de tabaco, pelo menos uma vez por semana, em função do grupo etário, em alguns países europeus.

Através da análise do gráfico 32, constata-se que, na faixa etária dos 11 anos, o consumo semanal de tabaco é baixo, nos vários países em geral. Não obstante, no que concerne a adolescentes de 15 anos, o ato de fumar torna-se mais expressivo, embora com variações consideráveis entre países. (Currie et al., 2008).

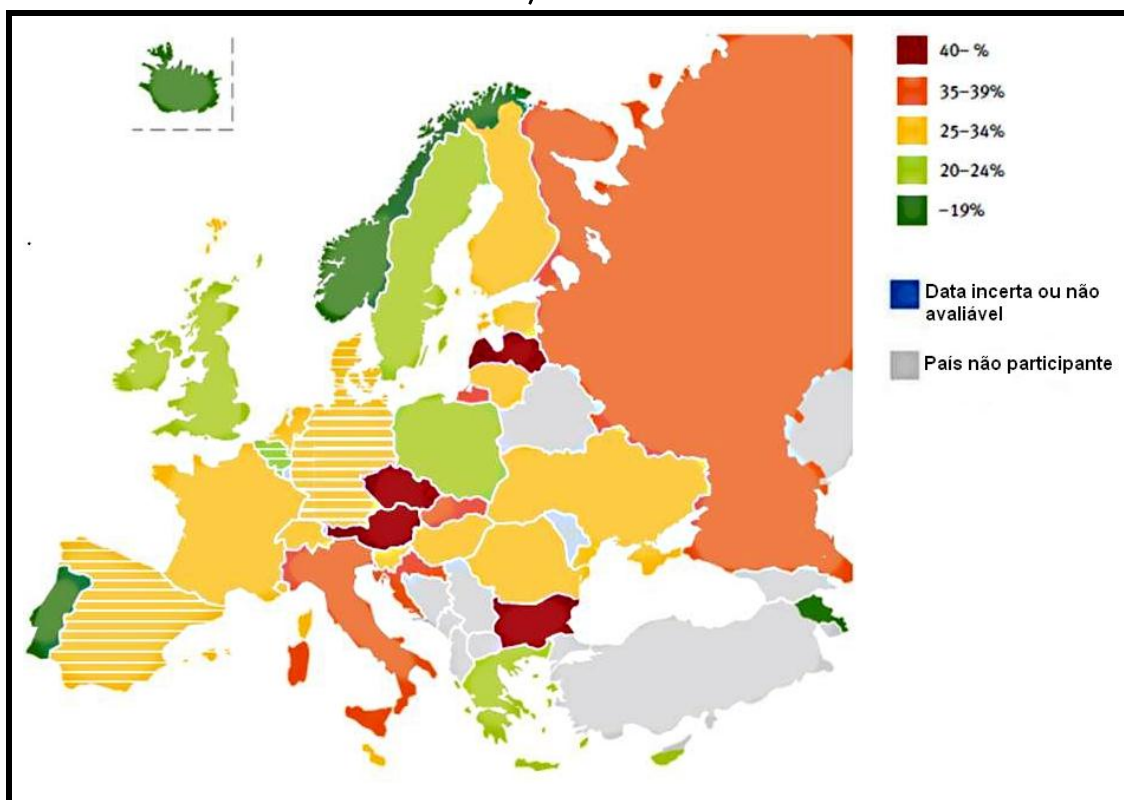
Gráfico 32
Consumo de tabaco (pelo menos uma vez por semana), por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006)



Fonte: Costa, 2009, p.8

Abaixo, podemos observar dados relativos ao ESPAD 2007.

Figura 18
Prevalência do consumo de tabaco em jovens europeus (consumo de cigarros nos últimos 30 dias) – ESPAD 2007



Fonte: Hibell et al, p. 63

Podemos apurar que Portugal engloba o conjunto de países com menor prevalência (-19%) face a um máximo de 40% em alguns países europeus.

2.6.3. 1.Evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses

Apresentamos, de seguida, a evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses, de acordo com o estudo HBSC (Tabela 9).

Tabela 9
Evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses
(HBSC 1998-2010)

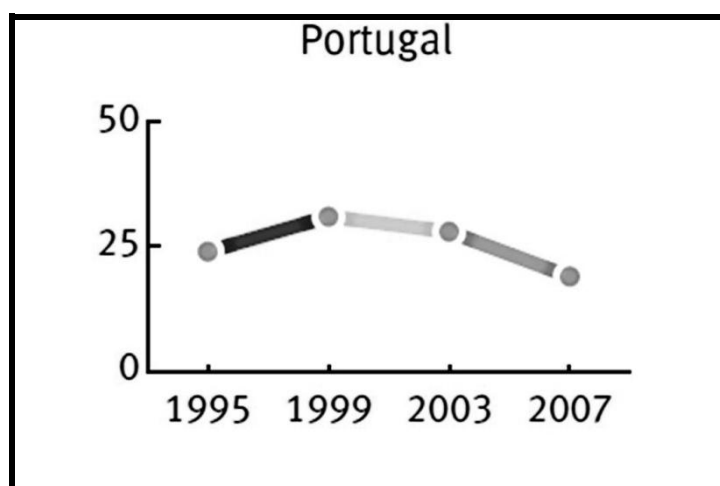
	1998	2002	2006	2010
Consumo de tabaco				
(Não Fuma)	86,9%	81,4%	87,8%	88,1%

Fonte de dados: Matos 2011b, p.14.

Como podemos constatar, em 2002, registou-se um aumento do consumo de tabaco, mas, a partir de 2006, voltou a decrescer. Atualmente, os não fumadores correspondem a uma taxa de 88,1%.

Segundo o estudo efetuado pelo projeto ESPAD (Gráfico 33), verifica-se que os jovens, com 16 anos ou mais, têm vindo a diminuir o consumo de tabaco a partir de 1999, sendo particularmente notável a descida em 2007.

Gráfico 33
Evolução da prevalência do consumo de tabaco em jovens portugueses (Cigarros consumidos
nos últimos 30 dias) – ESPAD 2007



Fonte: Hibell et al, p. 123

2.6.3.2.Determinantes do consumo de tabaco pelas crianças e jovens

Habitualmente a iniciação tabágica ocorre na puberdade e a dependência instala-se durante a adolescência. Mais de metade dos jovens que experimentam tabaco será dependente de nicotina (Gaspar e Matos, 2008).

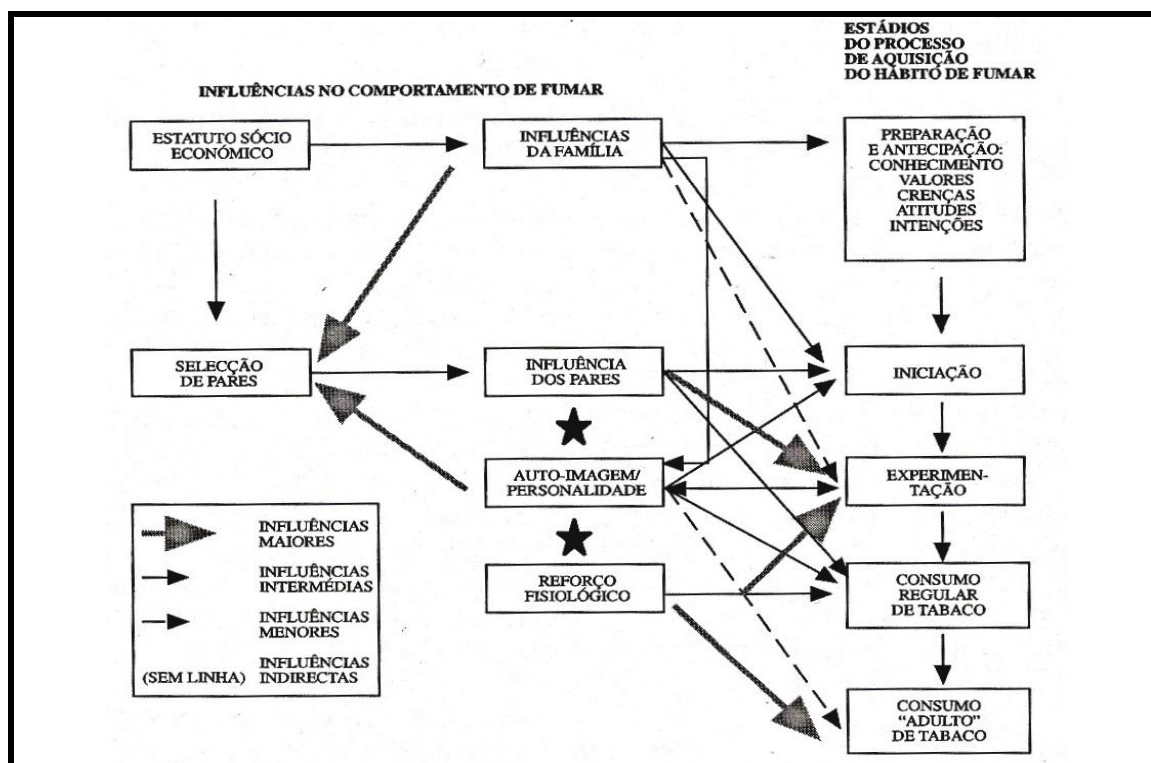
Vários autores propuseram modelos para conceptualizar o hábito de consumir tabaco. Apesar de serem modelos distintos, genericamente, segundo Lima (1999) todos apresentam 4 estádios diferentes:

- 1.Preparação (entre o nascimento e a adolescência, em que a criança vai fazendo as primeiras aprendizagens relativamente a fumar);
2. Iniciação/Experimentação (situada entre os cerca de 7 e 14 anos, em as crianças / jovens são mais encorajadas a experimentar tabaco);
- 3.Habituação (quando é gerado o hábito de fumar e que poderá desencadear a etapa seguinte);
- 4.Manutenção/ Dependência

A figura seguinte representa um modelo das influências que mais determinam o desenvolvimento de hábitos tabágicos.

Figura 19

Um modelo das influências mais determinantes e da sua força relativa no desenvolvimento do comportamento de fumar



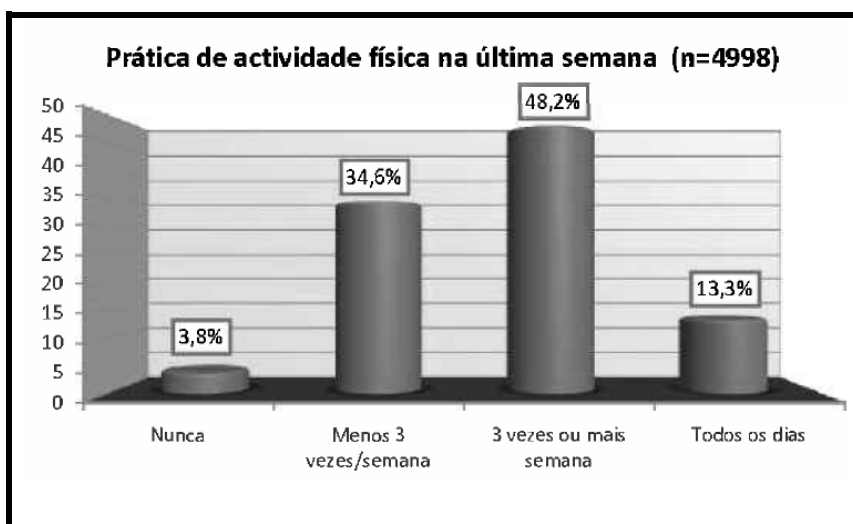
Fonte: Lima, 1999, p. 126 (adaptado de Charlton Melia and Moyer, 1990)

Lima (1999) considera que a forma mais comum de classificar os vários fatores associados com a iniciação dos hábitos tabágicos, é agrupá-los, segundo Charlton (1989) em dois grandes grupos: fatores pessoais e fatores sociais. Nos fatores sociais podemos incluir o micro – ambiente da criança ou jovem (fatores ligados à sua individualidade e/ou ao seu meio social imediato – família, amigos e professores). Os fatores sociais correspondem ao macro – ambiente (influência da comunidade num sentido mais alargado, ou seja, referentes à aceitabilidade social do hábito de fumar, a sua acessibilidade e com a publicidade do tabaco).

2.6.4. Atividade física em adolescentes portugueses e europeus

O gráfico 34 representa os resultados do estudo HBSC 2010, em Portugal, relativamente à prática de atividade física.

Gráfico 34
Prática de atividade física durante a última semana (HBSC 2010)



Fonte: Matos 2011c, p. 45

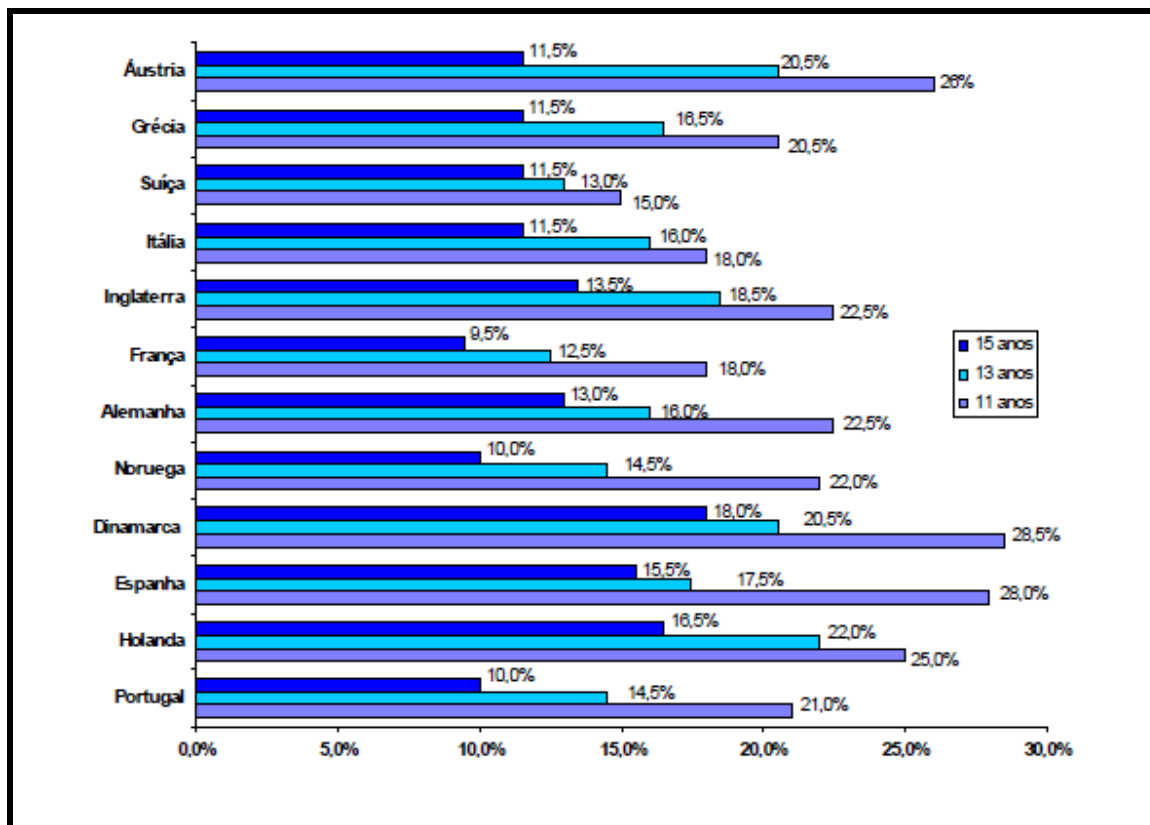
Como consta no gráfico anterior, quase metade dos jovens portugueses pratica atividade física três vezes, ou mais, por semana.

Ainda segundo o estudo HBSC 2010, são os alunos mais velhos (10ºano) que referem praticar menos exercício físico.

No gráfico 35, encontra-se informação relativa à prática de atividade física em adolescentes Portugueses e de alguns países da Europa, de acordo com o estudo HBSC 2006.

Gráfico 35

Frequência de jovens que praticam atividade física moderada a vigorosa (pelo menos 1 hora por dia) por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006)

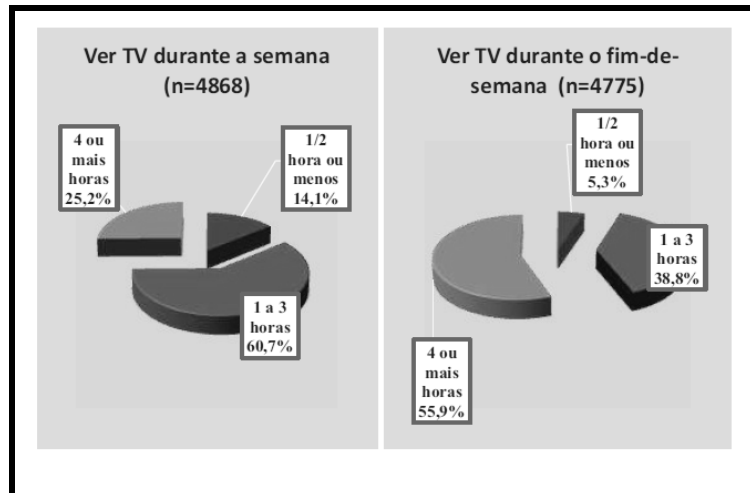


Fonte: Costa, 2009, p. 106

Como podemos verificar pela análise do gráfico, Portugal encontra-se no grupo de países onde se regista valores mais baixos para a prática de exercício físico.

Nas figuras seguintes apresentamos também dados do estudo nacional HBSC 2010 no que concerne ao tempo passado a ver televisão e a jogar computador, na medida em que estas atividades estão muito associadas a comportamentos mais sedentários.

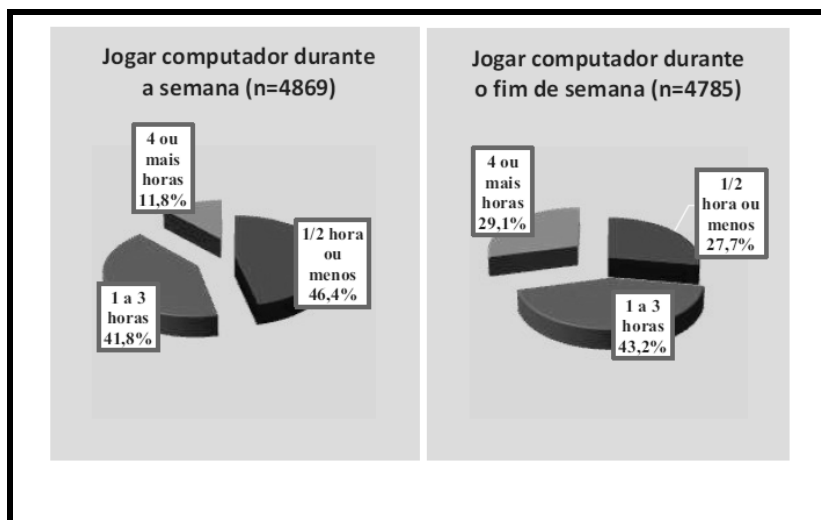
Figura 20
Número de horas a ver TV (HBSC 2010)



Fonte: Matos, 2011a, p. 38

Pela observação da figura 20, mais de metade dos adolescentes vê entre uma a três horas de televisão durante a semana. Durante o fim de semana, mais de metade dos adolescentes vê quatro ou mais horas de televisão.

Figura 21
Número de horas a jogar computador (HBSC 2010)



Fonte: Matos, 2011a, p. 39

Durante a semana quase metade dos adolescentes joga computador meia hora ou menos. Já durante o fim de semana, menos de metade dos adolescentes joga computador entre uma a três horas.

2.6.4.1. Evolução da prevalência da atividade física em adolescentes portugueses

Seguidamente, procedemos a uma análise da evolução da prevalência da prática de exercício físico, por parte dos jovens portugueses, segundo dados do estudo HBSC. Na mesma tabela, representamos também o uso do computador e o tempo passado a ver televisão, dado estar associado a uma vida mais sedentária.

Tabela 10
Evolução da prevalência da prática de exercício físico (na última semana) e do uso de computador (durante a semana) – HBSC 2002-2010

	2002	2006	2010
Prática de atividade física na última semana (3 ou mais vezes)	49,5%	46,7%	48,2%
Uso do computador durante a semana (4 horas ou mais)	8%	14,9%	16,8%
Ver TV durante a semana (mais de 4 horas)	33%	35,8%	25,2%

Fonte de dados: Matos, 2011b, p.14

Podemos verificar, com base na tabela 10, que a prática de exercício físico tem-se mantido mais ou menos constante. O tempo passado a ver televisão sofreu um decréscimo de 2006 para 2010. No entanto, o uso do computador tem vindo a aumentar gradualmente.

2.6.4.2. Determinantes da atividade física pelas crianças e jovens

No que concerne ao exercício físico (Matos e Sardinha, 1999), as campanhas de saúde pública visam sobretudo tornar ativos os indivíduos sedentários. As dificuldades em concretizar esse objetivo têm sido relacionadas com os seguintes fatores:

- Fatores situacionais e envolvimento (muito importante para as crianças, sobretudo o apoio familiar, salientando-se os hábitos de exercício dos pais).

- Fatores relativos ao próprio exercício físico (embora o abandono do exercício físico não pareça estar relacionado com a intensidade e a duração do exercício);

- Fatores inerentes aos próprios indivíduos (a falta de tempo, os horários inconvenientes são as principais justificações para não praticarem exercício, contudo quando há um problema de saúde – não doloroso – os indivíduos aderem com mais facilidade).

2.7.Determinantes dos comportamentos de saúde. O papel da educação para a saúde (na escola) na promoção da saúde cardiovascular.

Independentemente do contexto social ou cultural em que determinada escola possa estar inserida, não será arriscado afirmar que a mesma funciona como um potentíssimo elemento da regulação, da orientação e democratização do saber e das competências académicas. É capaz de atenuar, nos alunos, as suas diferenças sociais e a fazer convergir os conhecimentos, os valores e as suas práticas para um padrão comum. Constitui também um dos grandes adjuvantes no processo de autodeterminação crítica dos sujeitos (Gonçalves e Carvalho, 2010).

Uma vez que os jovens passam a maior parte do seu dia nos estabelecimentos de ensino, em permanente contacto com os seus pares, a escola tem um papel fundamental na formação geral dos indivíduos, assente em princípios de equidade, correspondendo a locais singulares que em muito podem colaborar para a promoção da saúde e do bem-estar (Marinho, Anastácio e Carvalho, 2010, p. 417).

Deste modo, a Direção – Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGDIC) salienta a importância da abordagem da Educação para a Saúde em meio escolar, definindo-a da seguinte forma:

«Em contexto escolar, Educar para a Saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão.»

Em termos de legislação relativa à aplicação da Educação para a Saúde em meio escolar, salientamos o Despacho n.º 15 987/2006, de 27 de setembro de 2006 que determina a inclusão no Projeto Educativo das escolas temáticas conexas com a Promoção e Educação para a Saúde, definindo, como áreas prioritárias, a alimentação e atividade física, o consumo de substâncias psicoativas, a sexualidade, as infeções sexualmente transmissíveis (designadamente VIH-SIDA) e a violência em meio escolar.

Citamos, de igual modo, a Portaria 665/2008, de 25 de julho, determinante na criação do Programa “Cuida-te” (com o objetivo de promover a saúde juvenil e estilos de vida saudáveis junto da população jovem).

Mais recentemente, foi apresentada a Lei n.º 60, de 6 de agosto de 2009 e que estabelece a aplicação da Educação Sexual em meio escolar (de forma integrada no âmbito da Educação para a Saúde, nas áreas curriculares disciplinares e/ou não disciplinares). Esta lei foi, posteriormente, regulamentada pela Portaria n.º 196-A, de 9 de abril de 2010.

A lei n.º 60, embora centrada apenas na Educação Sexual, pela sua obrigatoriedade, permitiu direcionar alguma atenção na importância da Educação para a Saúde, da qual a Educação Sexual é parte integrante.

Será pertinente acrescentar o facto de educar para a saúde pressupor, não apenas um aumento e organização de conhecimentos, mas também, uma modificação da forma de compreender, expressar e viver a vida, podendo ser entendida como «uma atividade intencional que requer um programa com a análise da realidade ou definição do problema, objetivos, atividades, conteúdos e definição e avaliação de um método de trabalho.» (Serrano Gonzáles, 1997, citado em Antunes, 2008b, p.628).

É nesse contexto que concretizar este objetivo de Educar para a Saúde nem sempre é tarefa fácil, pois é fundamental que «o que é ensinado seja motivador para ser aprendido.» (Costa, 2001, p. 57). Desse modo, os professores têm de articular a sua visão científica com conhecimentos de outras áreas de forma a ser possível a elaboração de projetos de Educação para a Saúde nas escolas (Vilaça, 2001).

Esses projetos deverão envolver e motivar os discentes, de forma a surtir o devido efeito. Assim, ainda segundo Vilaça (2001), qualquer programa de educação para a saúde deverá centrar-se nos seguintes aspetos:

1. Criação de uma atmosfera pedagógica que faculte a consciência dos indivíduos no que concerne ao reconhecimento das repercussões na saúde, resultantes das ações individuais e coletivas, sendo capazes de identificar essas repercussões e valorizá-las;
2. Promover o desenvolvimento de atitudes pessoais e sociais que induzam os indivíduos, perante as diversas situações da vida quotidiana, a construir um conhecimento sobre os processos que ocorrem no seu organismo, sobre o funcionamento das suas relações pessoais e sociais e a saberem participar ativamente na promoção da saúde (contribuindo para criar um ambiente salutar, fortalecendo as ações comunitárias e reorientando interdisciplinarmente os serviços de saúde e a escola);
3. Estimular a avaliação e valorização de estilos de vida saudáveis em si próprio e na comunidade;
4. Fomentar a participação ativa dos alunos na resolução dos problemas individuais, relativos aos estilos de vida ou à saúde ambiental.

Compreendida a necessidade de implementar, de forma concreta, a Educação para a Saúde na Escola, é indispensável definir o melhor processo para que esta se transforme numa prática efetiva e com resultados significativos. A este propósito, tal como é referido por Sampaio (2007) a Educação para a Saúde só obterá resultados expressivos se for integrada no quotidiano escolar, deixando de ser uma atividade de certos professores ou de algumas organizações exteriores à escola. Os estabelecimentos de ensino precisam de uma abertura ao exterior, trabalhando em parceria com o Centro de Saúde ou o Hospital, a autarquia, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, a delegação regional do Instituto Português da Juventude, as IPSS que trabalhem o tema, ou qualquer estrutura da comunidade aplicada ao trabalho preventivo.

Podemos referir, ainda (Sousa e Batista, 2007), que para fortificar a eficiência dessas atividades e aprendizagens, os projetos de Educação para a Saúde devem privilegiar uma ação caracterizada pela continuidade, integrada nas dinâmicas curriculares e organizacionais da Escola e contextualizada no seu Projeto Educativo. A participação ativa de toda a Comunidade Educativa deverá ser uma evidência, essencial na criação de condições que fortaleçam os fatores protetores (como a boa autoestima, competências de relacionamento interpessoal, famílias com envolvimento afetivo e padrões de comunicação claros ou comunidades que promovam o fortalecimento dos laços entre os jovens e as instituições). O envolvimento da comunidade educativa deverá contribuir, simultaneamente, para minimizar os fatores de risco

(baixa autoestima, fraca tolerância à frustração, problemas de saúde mental, desvalorização das normas e regras, pouca resistência à pressão de pares na adolescência, insucesso escolar e fraca ligação à escola, famílias com disfunções ao nível da comunicação afetivo - emocional, entre outros). Somente assim, será possível reduzir vulnerabilidades pessoais e sociais, bem como comportamentos desajustados.

Como se pode verificar, a viabilização de um projeto de Educação para a Saúde, bem alicerçado e ajustado ao contexto real, exige a capacidade de gerir múltiplos fatores. Essa capacidade que é exigida aos professores, raramente é inata e dificilmente se desenvolve apenas com base na experiência profissional. A formação adequada, para a elaboração e cumprimento de projetos deste calibre, passa a ser uma exigência fundamental. Assim, resta-nos apenas acrescentar que, para tornar possível a aplicação da Educação para a Saúde em contexto escolar, de forma transversal e contínua, será fundamental apostar na formação dos professores das diferentes disciplinas e áreas curriculares não disciplinares. Só assim, será possível, a qualquer professor ganhar a confiança necessária à concretização de um projeto neste âmbito.

São inúmeras as evidências relativas à importância de promover estilos de vida saudáveis como forma de prevenir as doenças cardiovasculares. Ter capacidade para optar por esses estilos de vida, refutando comportamentos de risco como, por exemplo, o tabagismo, o consumo de álcool em excesso, os erros alimentares ou o sedentarismo pressupõe uma educação do indivíduo desde tenra idade e respetivo acompanhamento ao longo da infância e adolescência. A escola tem, portanto, um papel importante a desempenhar, tendo em consideração os aspetos seguintes:

«Sabemos que as modificações dos estilos de vida, (alimentação saudável, prática de exercício físico, cessação do consumo de tabaco), bem como um eficaz controlo e redução dos fatores de risco de doença cardiovascular (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, excesso de peso, sedentarismo), podem prevenir e retardar o aparecimento das doenças cardiovasculares de origem aterotrombótica⁶.»

(Duarte, Perdigão, Rocha, Santos, 2009, p.25)

⁶ As expressões clínicas mais frequentes da arterotrombose são os Enfartes do Miocárdio, os Acidentes Vasculares cerebrais (AVCs) e a Insuficiência Cardíaca (Cardoso, 2009, p. 12)

Não obstante, ainda segundo os referidos autores, para uma abordagem eficaz da necessidade de alterar os estilos de vida, efetuando um controlo dos fatores de risco, é necessário um conhecimento da situação existente em cada país. Somente assim, é possível estabelecer objetivos e metas adequadas que possam envolver autoridades de saúde, profissionais e população.

À parte dos aspetos supracitados, há um conjunto de conhecimentos indispensáveis na formação dos jovens, de forma a capacitá-los para fazerem opções saudáveis. Essa informação aplica-se à prevenção das doenças cardiovasculares e à promoção da saúde em geral.

A Federação Mundial do Coração, em 2010, aquando da comemoração dos 10 anos do Dia Mundial do Coração, apresentou 10 medidas para se viver uma vida saudável, correspondendo a uma síntese simples e bem estruturada que poderá ser adaptada ao contexto escolar e posteriormente usada para sistematizar a importância de adotar estilos de vida saudáveis:

1 – Mantenha uma alimentação saudável: coma fruta e vegetais pelo menos cinco vezes por dia e evite gorduras saturadas. Cuidado com os alimentos de preparação industrial, pois contêm quase sempre muito sal!

2 – Mantenha-se ativo e assuma o controlo da saúde do seu coração: pelo menos 30 minutos de atividade física diária ajudam a evitar ataques de coração e acidentes vasculares cerebrais.

3 – Diga não ao tabaco: ao fim dum ano o risco de doença coronária terá reduzido em metade e acabará por ficar normal.

4 – Mantenha um peso saudável: a redução do peso e do sal, ajudam a baixar a pressão arterial. A hipertensão é o principal fator de risco para os acidentes vasculares cerebrais e agrava todas as doenças do coração.

5 – Saiba os seus números: consulte um profissional de saúde e meça a pressão arterial, o colesterol e o açúcar no sangue, a razão cintura/anca e o índice de massa corporal. Depois de identificados os seus riscos pode estabelecer um plano adequado para a sua saúde.

6 – Diga não ao álcool: o consumo excessivo de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial e o peso.

7 - Insista num ambiente livre de tabaco. Assegure-se de que é proibido fumar no seu local de trabalho: 100% puro! Apoie todas as iniciativas para deixar de fumar e peça à sua Empresa que ajude todos os colegas que querem parar de fumar.

8 - Traga o exercício para a escola: vá de bicicleta se possível, suba as escadas, dê um passeio no intervalo do almoço e convença os outros a fazerem o mesmo.

9 - Faça escolhas saudáveis na alimentação: peça que a cantina disponibilize alimentos mais saudáveis ou procure um café ou restaurante próximo que disponibilize alimentação saudável.

10 - Arranje momentos sem stress: ainda que não esteja provado que o stress só por si seja causador de doenças cardiovasculares (enfarte ou acidente vascular cerebral) a verdade é que ele se relaciona com o uso do tabaco, excesso de álcool e alimentação não saudável, estes sim, fatores de risco para o coração.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1. Introdução

Quivy e Campenhoudt (2008) consideram que não deve exigir-se, ao responsável de um projeto, o domínio minucioso de todas as técnicas, mas que seja capaz de por em prática um dispositivo para a elucidação do real, ou seja, um método de trabalho. Este nunca deverá apresentar-se como uma simples soma de técnicas, aplicadas tal e qual como se apresentam, mas sim um percurso global do espírito que exige ser reinventado para cada trabalho.

Neste capítulo, efetua-se uma descrição, devidamente justificada, da metodologia usada para atingir os objetivos do estudo. Deste modo, inicia-se com uma breve introdução (3.1), seguida de uma síntese da investigação (3.2), a apresentação do 1º estudo – efetuado com médicos cardiologistas (3.3), do qual consta a descrição da população e amostra (3.3.1), esclarecendo-se a seleção da amostra utilizada (3.3.1.1), a respetiva caracterização (3.3.1.2), a seleção da técnica de recolha de dados (3.3.2) e dos instrumentos de recolha de dados (3.3.3), bem como o processo de construção e validação. Por último, expõe-se o processo de recolha (3.3.4) e tratamento de dados (3.3.5).

Seguidamente, apresenta-se o 2º estudo – efetivado com alunos no final do 9ºano (3.4), do qual consta a descrição da população e amostra (3.4.1), clarificando-se a seleção da amostra utilizada (3.4.1.1), respetiva caracterização (3.4.1.2), a seleção da técnica de recolha de dados (3.4.2) e o processo de construção e validação do instrumento de recolha de dados (3.4.3). Conclui-se, explicando o processo de recolha (3.4.4) e tratamento de dados (3.4.5).

3.2. Síntese da investigação

Esta investigação é constituída por dois estudos complementares: o primeiro baseado em entrevistas a médicos cardiologistas e outro com alunos no final do Ensino Básico.

Em termos gerais, com o 1º estudo, pretendemos sistematizar conceitos básicos gerais no âmbito da promoção da saúde cardiovascular e identificar quais os conhecimentos (para alunos no final do 3ºciclo do ensino básico) fundamentais ao desenvolvimento de estilos de vida saudável, no âmbito da saúde cardiovascular.

O 2º estudo consiste na aplicação de um questionário, subdividido em três partes: Parte I – Dados pessoais; Parte II – Ambiente familiar; Parte III – Ambiente escolar; Parte IV – Grupo de pares; Parte V – Educação para a Saúde – tópicos abordados na escola; VI – Doenças Cardiovasculares (Teste de conhecimentos); VII – Comportamentos de saúde.

Na Parte II (Ambiente familiar), pretendemos fazer uma avaliação da capacidade de comunicação com os vários elementos da família.

Com a Parte III, pretendemos averiguar se os alunos gostam de andar na escola e se sentem ser bem aceites pelos professores.

Concretamente na Parte IV do Questionário, visamos a obtenção de informação relativa aos grupos de pares, determinando número de amigos e se existe uma boa capacidade de comunicação com eles.

A Parte V diz respeito aos tópicos abordados na escola no âmbito da Educação para a Saúde, objetivando-se a obtenção de dados que permitam proceder a uma análise do papel da educação para a saúde, na escola.

A Parte VI compreende um teste de conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares. Pretendemos averiguar o grau de conhecimento dos adolescentes, no final do 3º ciclo, relativamente às doenças cardiovasculares, principalmente através da definição de algumas doenças, identificação de causas e estratégias de prevenção associadas às mesmas.

A Parte VII do Questionário tem como finalidade aferir comportamentos de saúde dos discentes e encontra-se subdividida nos seguintes itens: 1. Hábitos alimentares; 2. Hábitos de consumo de álcool; 3. Hábitos de consumo de tabaco e 4. Exercício físico, lazer e descanso.

Com os dados obtidos na Parte VI e na Parte VII do Questionário visamos estabelecer uma relação entre os conhecimentos, no âmbito das doenças cardiovasculares, e os respetivos comportamentos de saúde dos alunos.

Todos os instrumentos utilizados foram sujeitos à apreciação de especialistas e devidamente validados.

Nas próximas secções, procedemos a uma maior especificação de cada um dos estudos realizados.

3.3.Descrição do 1º estudo

O 1º estudo foi efetuado com médicos cardiologistas. Para a concretização deste estudo, optámos pela entrevista, como técnica de recolha de dados. A referida entrevista foi devidamente planificada e, no caso de dois entrevistados, foi gravada em registo áudio e posteriormente transcrita na íntegra. Relativamente a um dos cardiologistas, dado não ter havido muito interesse do mesmo na gravação, procedeu-se tal como sugerido por Bell (2008), isto é, foi efetuado um bom registo daquilo que foi dito acerca das áreas-chave. Posteriormente, contactámos, com o entrevistado, via E-Mail, para analisar o conteúdo dos registos, confirmando-se, desse modo, a fidelidade da informação.

Durante as entrevistas, considerámos fulcral tentar obter o máximo possível de elementos de informação e de reflexão, uma vez que esses dados serviriam de materiais para uma análise sistemática de conteúdo, correspondendo às exigências de explicitação, de estabilidade e de intersubjetividade dos processos (Quivy e Campenhoudt, 2008).

3.3.1.População e amostra

“A população (ou grupo – alvo) utilizada num estudo em que se recorra ao questionário ou à entrevista, é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões (Tuckman, 2000, p. 338)”. Acontece, no entanto, que habitualmente o investigador não tem tempo, nem recursos suficientes para recolher e analisar os dados relativos a todos os casos pertencentes ao Universo (População) em causa. Nesta situação, só é possível considerar uma parte desses casos, correspondente à amostra desse Universo (Hill e Hill, 2008). Ou seja, a amostra é constituída pelos elementos desse grupo (Universo), seleccionados para participar no estudo (Tuckman, 2000).

Uma vez que este projeto se contextualiza no âmbito das doenças cardiovasculares, a população é constituída por médicos cardiologistas e a amostra seleccionada correspondeu a três médicos.

3.3.1.1.Seleção da amostra utilizada

Ainda segundo Tuckman (2000), por um lado, delimitar demasiadamente a população pode restringir as conclusões a um grupo muito restrito (em vez de permitir a generalização dessas conclusões), por outro, limitando grandemente a população é possível controlar um certo número de variáveis de seleção, suscetíveis de alguma confusão. Desse modo, como esta

investigação está centrada especificamente na prevenção de doenças cardiovasculares, não faria sentido auscultar a opinião de outros especialistas, para além de médicos cardiologista. A opção por uma amostra muito reduzida, concretamente três médicos cardiologistas, deveu-se ao facto deste projeto de investigação incluir dois estudos e não existir disponibilidade de tempo para realizar muitos contactos com cardiologistas, que, dada a natureza da profissão, possuem habitualmente horários muito preenchidos.

3.3.1.2.Caracterização da amostra utilizada

Na tabela 11 faz-se a caracterização da amostra dos médicos entrevistados, no que concerne ao tipo de formação académica, especialidade, local de trabalho e ano de início da atividade profissional.

Tabela 11
Caracterização da amostra de cardiologistas

Médicos	Formação Académica	Especialidade	Local de Trabalho	Início da Experiência Profissional (ano)
M ₀ ⁷	Licenciatura em Medicina	Cardiologia	Hospital de S. João (Porto)	1981
M ₁	Licenciatura em Medicina	Cardiologia	Hospital de Braga	1979
M ₂	Licenciatura em Medicina	Cardiologia pediátrica	Hospital de S. João (Porto)	1978

Como podemos constatar a partir da análise da tabela 11, todos os médicos entrevistados possuem especialidade em cardiologia, embora o médico M₂ pertença concretamente ao ramo da cardiologia pediátrica. Todos eles trabalham em grandes hospitais (Braga ou S. João – Porto) e possuem uma experiência profissional igual ou superior a 30 anos.

⁷ M₀ – Corresponde ao Médico cardiologista cuja entrevista não foi gravada em áudio, mas registados os pontos – chave e posterior validação (via E-mail) pelo próprio entrevistado.

3.3.2. Seleção da técnica de recolha de dados: entrevista

Uma vez especificado o objetivo deste 1º estudo, optou-se pela entrevista como técnica de recolha de dados, considerando que a entrevista é um método de recolha de informações, no sentido mais rico da expressão. Contudo, o espírito teórico do investigador deve permanecer continuamente atento, de modo que as suas intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possíveis (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Nesse sentido, a preparação prévia da entrevista é fundamental: «Os tópicos têm de ser selecionados, as questões elaboradas, os métodos de análise considerados e um plano preparado e testado» (Bell 2008, p. 138). Nesses moldes, elaborou-se um plano da entrevista, do qual constou um guia de questões principais e os respetivos objetivos para cada conjunto de questões, bem como outros aspetos de grande pertinência (características, objetivo, local da realização, data e horário, duração e pré-entrevista).

Tendo em consideração que «a grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade (Bell 2008, p. 137)», decidimos usar uma entrevista semidirectiva ou semidirigida, que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas, ou seja, em que o investigador dispõe de uma série de perguntas - guia, relativamente abertas (Quivy e Campenhoudt, 1995).

A série de perguntas – guia foi definida tendo em conta os objetivos do estudo e após uma análise refletida do programa “Aprende a cuidar de ti” (Precioso, 2001). Esse programa contextualiza-se na temática da Educação para a Saúde e visa uma implementação em meio escolar, diretamente dirigido aos alunos. Apresenta um carácter preventivo na medida em que auxilia os discentes a adquirirem conhecimentos essenciais na adoção de estilos de vida saudáveis.

As entrevistas foram individuais, ou seja, efetuadas a cada médico isoladamente (geralmente no seu local específico de trabalho) de forma a obter informação pertinente. Houve o cuidado, tal como sugere (Bell, 2008) de ceder uma certa liberdade ao entrevistado para falar sobre o que era importante para si (e não apenas para o entrevistador), facto que foi facilitado pelo emprego de uma estrutura flexível, mas capaz de garantir uma abordagem de todos os tópicos considerados cruciais.

3.3.3. Instrumento de recolha de dados: construção e validação

Tal como já referimos, a entrevista foi concretizada a partir de um plano prévio, tal como consta no quadro seguinte.

QUADRO 4

Matriz de entrevista destinada a médicos cardiologistas

<p>Características: Entrevista semidirigida, a efetuar individualmente a cada um dos cardiologistas e registada em suporte áudio, caso seja devidamente autorizado pelo entrevistado.</p> <p>Objetivo: Identificar quais os conhecimentos que alunos no final do ensino básico deverão possuir para estarem capacitados a desenvolver estilos de vida saudável, no âmbito da saúde cardiovascular.</p> <p>Local de realização da entrevista: Sala que possua um ambiente calmo, silencioso, como, por exemplo, o consultório médico ou outro local da conveniência do entrevistado, desde que possua as condições necessárias à realização da entrevista.</p> <p>Data e horário da entrevista: A acordar com o entrevistado, de acordo com a sua conveniência.</p> <p>Duração da entrevista: cerca de 30 minutos, aproximadamente.</p> <p>Pré-entrevista - Contacto com o entrevistado, apresentação das linhas gerais da investigação, marcação da entrevista, definição das condições de realização da mesma e das condições de utilização dos dados.</p>

Estrutura da Entrevista	Objetivos	Objetivos específicos	Questões principais
1. "Aquecimento": -Cumprimentar; -Apresentação da entrevistadora; -Breve apresentação do projeto;	-Caracterizar o entrevistado	-Criar um ambiente de empatia de confiança; -Caracterizar sócio – demograficamente o entrevistado	<i>Esta entrevista visa apenas a obtenção de informação pertinente para a concretização de um projeto de investigação no âmbito de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação para a Saúde. Concretamente, pretende-se, fundamentalmente, identificar quais os conhecimentos que os alunos, no final do ensino básico, precisam de revelar para saberem prevenir doenças cardiovasculares.</i> 1-Qual o seu nome? 2-Quais as suas habilitações académicas? 3- Qual a sua atividade profissional? Onde é exercida? 4-Há quanto tempo exerce a sua atividade profissional?
2.Desenvolvimento -Entrevista semi -	-Obter informação	-Reconhecer as principais doenças	5-Quais são as principais doenças cardiovasculares?

estruturada	relativa a doenças cardiovasculares.	cardiovasculares. -Determinar as causas das doenças cardiovasculares. -Aferir se o desenvolvimento de atitudes promotoras da saúde cardiovascular subentende um conhecimento prévio dos tipos de doenças cardiovasculares, as causas, sintomas e consequências; -Identificar comportamentos que induzem / evitam doenças cardiovasculares.	<p>5.1-Quais são as suas causas?</p> <p>6-Considera relevante que os alunos identifiquem doenças específicas do sistema circulatório, nomeadamente as causas / sintomas / consequências?</p> <p>7-O que é que as pessoas em geral e os alunos em particular deviam saber sobre a prevenção dessas doenças?</p> <p>8-Que comportamentos deviam procurar adotar e quais os que deveriam evitar. Porquê?</p> <p>8.1-Será relevante saber o que evitar e o que procurar fazer para cada uma dessas doenças específicas ou apenas em termos gerais para as doenças cardiovasculares?</p> <p>8.2-Dentro da seguinte lista (relativa aos comportamentos a evitar / a concretizar) considera relevante...</p> <p>Evitar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preocupação excessiva; -Fumar; -Comer fritos e enchidos; -Zangas; -Vida agitada; -Beber em excesso. <p>8.2.1-Outros? Quais?</p>
-------------	--------------------------------------	---	---

Para elaborar as questões guia deste plano de entrevista, tivemos em conta os temas sobre os quais pretendíamos obter informação, atendendo a que o objetivo principal desta entrevista seria determinar o tipo de conhecimentos necessários a alunos no final do Ensino Básico para estarem habilitados a prevenir doenças cardiovasculares. Especificamente

pretendíamos averiguar se o desenvolvimento de atitudes promotoras da saúde cardiovascular subentende um conhecimento prévio dos tipos de doenças cardiovasculares, as causas, sintomas e consequências. Objetivava-se também aferir se o conhecimento de estilos de vida saudáveis a adotar e comportamentos de risco a evitar são determinantes na prevenção de doenças cardiovasculares.

Esta entrevista visava, ainda, em termos globais, sistematizar conceitos básicos no âmbito da promoção da saúde cardiovascular.

Tal como já foi referido, o ponto base de partida para a elaboração das questões guia foi o Programa “Aprende a Cuidar de Ti” (Precioso, 2001).

A preparação do referido plano de entrevista atendeu ao facto da investigadora ter a noção da dificuldade em concretizar uma entrevista, dada a exigência de encontrar um equilíbrio entre a objetividade total e a tentativa de por o entrevistado à vontade (Bell, 2008).

O Plano da entrevista foi dado a conhecer ao orientador, com a finalidade de ser validado por especialistas. Posteriormente, procedeu-se a uma pesquisa para obter contactos com cardiologistas de renome.

Após conseguidos os contactos, procedeu-se a uma pré-entrevista, via E-Mail, em que procedemos à apresentação das linhas gerais da investigação, marcação da entrevista, definição das condições de realização da mesma e das condições de utilização dos dados. Salientamos que no caso do cardiologista M₀ não foi possível estabelecer um contacto prévio via E-mail, a comunicação e marcação da entrevista só foi possível através de um intermediário que estabelecia, com o entrevistado, contactos telefónicos.

Após a definição da data e do local para a realização, procedeu-se à realização de cada uma das entrevistas.

3.3.4.Recolha de dados

As entrevistas foram realizadas pela própria investigadora, durante o período compreendido entre dezembro de 2010 e abril de 2011. Uma das entrevistas (M₀) foi realizada na casa de férias do entrevistado, dado coincidir com a localidade onde a investigadora leciona e ter sido a única possibilidade viável para o encontro. As restantes entrevistas (M₁ e M₂) foram

realizadas nos consultórios dos próprios médicos e foram gravadas em registo áudio, com autorização dos entrevistados.

Salienta-se que a primeira entrevista, embora não tenha sido gravada, registaram-se todos os pontos – chave (tal como sugerido por Bell, 2008), enviados, *à posteriori*, ao entrevistado, que confirmou a validade dos mesmos. Esta entrevista foi realizada num ambiente muito calmo, dado o referido médico cardiologista se encontrar em período de férias.

As entrevistas M₁ e M₂ foram realizadas no consultório dos próprios, por solicitação dos mesmos. Foram gravadas em registo áudio, mas num ambiente típico de trabalho, onde a calma e a serenidade não são atingidas em pleno.

3.3.5. Tratamento de dados

O tratamento de dados consistiu numa análise de conteúdo, pois, tal como sugere Quivy e Campenhoudt (2008) é o método mais indicado para tratar a informação obtida através das entrevistas, pois, quando incide sobre um material rico e penetrante, permite satisfazer as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, nem sempre fáceis de ajustar.

Na realidade, a análise de conteúdo, enquanto esforço de interpretação, oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, correspondendo a um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A *análise categorial* é o tipo de análise de conteúdo mais generalizado e transmitido (cronologicamente o primeiro), em que se toma em consideração a totalidade do texto, passando-o pelo crivo da classificação, segundo a frequência de presença/ausência de itens de sentido, permitindo a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem (Bardin, 1995).

Desse modo, determinámos quais os pontos-chave de cada uma das entrevistas e procedemos a uma análise dos pontos comuns às várias entrevista. Em virtude do reduzido número de entrevistados, em alguns casos, apresentámos e analisámos itens presentes no texto relativo a apenas uma das entrevistas, dada a sua pertinência para os objetivos do estudo.

3.4.Descrição do 2º estudo

A segunda parte do estudo consistiu na aplicação de um Inquérito por Questionário, partindo do princípio (Bell, 2008) que os inquéritos constituem uma forma rápida de obter informação e de que os inquiridos eram suficientemente disciplinados para cumprirem essa tarefa. O Inquérito foi organizado em vários grupos: Parte I – Dados pessoais; Parte II – Ambiente familiar; Parte III – Ambiente escolar; Parte IV – Grupo de pares; Parte V – Educação para a Saúde – tópicos abordados na escola; VI – Doenças Cardiovasculares (Teste de conhecimentos); VII – Comportamentos de saúde. Em termos gerais, visava fundamentalmente identificar quais os conhecimentos e comportamentos dos alunos no âmbito da saúde cardiovascular.

Posteriormente, a maior parte dos dados foi tratada estatisticamente, através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), de forma a permitir uma apresentação e uma interpretação sucinta dos resultados obtidos. A parte correspondente à identificação dos conhecimentos foi corrigida e classificada como um teste de avaliação, procedendo-se também a uma análise do sucesso por cada uma das questões.

3.4.1.População e amostra

O estudo foi realizado no final do ano letivo 2010-2011. A população correspondeu a alunos do 3ºCiclo do Ensino Básico, concretamente, alunos do 9ºano. A amostra deste estudo é constituída por 108 alunos de uma escola Básica e Secundária do distrito de Braga.

3.4.1.1.Seleção da amostra utilizada

Considerando a atividade profissional da investigadora, como docente do grupo disciplinar 520 – Biologia e Geologia, a exercer funções, durante o ano letivo 2010-2011 (período correspondente à elaboração deste projeto de investigação) como professora de Ciências Naturais do 9ºano e o facto de ser fundamental (Quivy e Campenhoudt, 2008) o rigor na escolha da amostra e confiança no momento da administração do questionário, optámos por seleccionar uma amostra que integrou maioritariamente alunos da própria investigadora.

3.4.1.2.Caracterização da amostra utilizada

O estudo envolveu cinco turmas do 9ºano, num total de 108 alunos, 43% do género feminino e 57% do masculino. A tabela seguinte ilustra a amostra por sexo e idades.

Tabela 12
Caraterização da amostra em função da idade e sexo
N=108

Idade (anos)					Sexo	
14	15	16	17	18	Feminino	Masculino
36,8%	47,2%	11,3%	2,8%	1,9%	43%	57%

Como podemos verificar esta amostra é constituída fundamentalmente por alunos numa faixa etária de 14-15 anos.

Na tabela seguinte representamos a caraterização da amostra em função da escolaridade dos pais.

Tabela 13
Caraterização da amostra em função da escolaridade dos pais

N=108

	Mãe (%)	Pai (%)
Nunca estudou	1,9	0,9
4ºano (1º Ciclo)	15,7	30,6
6ºano (2º Ciclo)	19,4	26,9
9ºano (3º ciclo)	35,2	17,6
12ºano (Secundário)	14,8	12,0
Ensino Superior	10,2	3,7
Não sabe	2,8	8,3

Como podemos constatar, a partir da análise da tabela 13, os pais dos alunos envolvidos apresentam uma baixa escolaridade. A maioria refere o 4º e 6ºano como máximo de

escolaridade cumprida pelo pai. No caso da mãe, a situação parece ser um pouco mais favorável com o predomínio da escolaridade até ao 9º ano.

3.4.2. Seleção do instrumento de recolha de dados: inquérito por questionário

Um inquérito por questionário consiste em colocar, a um conjunto de indivíduos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas, entre outros aspetos, à situação social e familiar, às suas opiniões, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema ou sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores (Quivy e Campenhoudt, 2008).

A etapa de seleção e conceção do questionário só surgiu, tal como proposto por Bell (2008), após a realização de todo o trabalho preliminar relativo à delineação, consulta e definição exata da informação que pretendíamos obter com este projeto de investigação.

Assim, atendendo à principal vantagem do Inquérito por Questionário mencionadas por Quivy e Campenhoudt (2008) - possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e proceder a análises de correlação, optámos pela sua utilização.

Tal como no caso da entrevista, os tópicos foram selecionados, as questões elaboradas, os métodos de análise considerados e um plano preparado e testado.

3.4.3. Instrumento de recolha de dados: construção e validação

O questionário utilizado foi elaborado tendo em conta o objetivo geral de cada uma das perguntas integradas nesse instrumento (Hill e Hill, 2008).

Parte das questões foram adaptadas a partir de outros inquéritos pré-existentes (Costa, 2009; Precioso, 2009; estudo HBSC 2010). O grupo de questões relativo às doenças cardiovasculares foi elaborado integralmente pela investigadora, atendendo aos objetivos da investigação.

Na generalidade, o questionário apresenta perguntas abertas e fechadas, pois ainda segundo Hill e Hill (2008), corresponde a uma forma de obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida por outras variáveis. As questões fechadas correspondem essencialmente à parte referente aos comportamentos de saúde dos alunos, enquanto as questões abertas integraram o questionário relativo aos conhecimentos.

A seguir apresentamos a matriz do questionário utilizado.

QUADRO 5

Matriz de indicadores e objetivos do questionário

Dimensões/Indicadores	Objetivos	Questões
I. Dados pessoais	-Caracterizar a amostra relativamente à idade, género, elementos do agregado familiar, habilitações literárias e profissão dos pais.	Grupo I
II. Ambiente familiar	-Avaliar o ambiente familiar tendo como referência a capacidade dos alunos comunicarem com os vários elementos do agregado familiar.	Grupo II
III. Ambiente escolar	-Analisar a integração dos alunos no ambiente escolar através do sentimento que têm pela escola e com base na perceção que possuem relativamente à opinião dos professores sobre as capacidades deles.	Grupo III
IV. Grupo de pares	-Avaliar a integração dos alunos no seu grupo de pares.	Grupo IV
V. Educação para a Saúde – tópicos abordados na escola	-Avaliar a perceção dos alunos do 9ºano relativamente a temas no âmbito da educação para a saúde abordados na escola, ao longo do seu percurso escolar.	Grupo V
VI. Doenças cardiovasculares (teste de conhecimentos)	-Caraterizar os conhecimentos dos alunos no que concerne às doenças cardiovasculares, dimensão do problema, significado, tipos, fatores de risco / fatores protetores e consequências)	Grupo VI
VII. Comportamentos de saúde -Hábitos alimentares	-Descrever os hábitos alimentares dos alunos (quanto ao números de refeições diárias, tipos de bebidas / alimentos ingeridos e processo de confeção dos mesmos). -Avaliar os hábitos alimentares dos alunos, tendo em considerando a importância da alimentação na saúde cardiovascular.	Grupo VII (1.1, 1.2, 1.3)
	-Caracterizar os hábitos de consumo de álcool dos alunos com base no tipo de bebida ingerida e no número de situações de embriaguez. -Avaliar os hábitos de ingestão de álcool dos alunos, tendo em consideração a problemática do consumo de álcool na saúde cardiovascular.	
-Hábitos de consumo de álcool		(2.1, 2.2)

-Hábitos de consumo de tabaco	-Caracterizar hábitos dos alunos determinando a percentagem de alunos fumadores (ativos) e fumadores passivos e respetiva frequência de consumo. -Avaliar os hábitos de consumo de tabaco dos alunos, tendo em consideração a problemática do consumo de tabaco na saúde cardiovascular.	(3.1, 3.2)
	-Descrever hábitos de ocupação de tempos livres. -Relacionar a prática de exercício físico / sedentarismo com a saúde do sistema circulatório. -Avaliar número de horas de descanso diário e respetiva implicação na saúde cardiovascular.	
-Exercício físico, lazer e descanso		(4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5)

O questionário foi inicialmente sujeito a um teste-piloto e os resultados foram revistos, pois «Aplicando um teste-piloto a um grupo de sujeitos que constituem parte da população intencional do teste, mas que não irão fazer parte da amostra, procura-se determinar se os itens do questionário possuem as qualidades inerentes à medição e discriminabilidade referidas (Tuckman, 2000, p. 335)». Para esse efeito, considerando a existência, na escola em causa, de seis turmas de 9ºano, optámos por usar uma turma para validar o inquérito e as restantes cinco para efetuar o estudo.

3.4.4. Recolha de dados

Atendendo ao facto de pretendermos inquirir alunos no final do 3º Ciclo do Ensino Básico, o Inquérito foi aplicado durante a primeira semana de junho de 2011, portanto numa fase em que o ano letivo dos discentes em causa estava prestes a terminar.

De forma a cumprir a credibilidade e o rigor da recolha de dados, os inquéritos foram aplicados diretamente pela investigadora, em contexto de sala de aula. Apenas em uma das cinco turmas foi utilizado, como intermediário, um outro professor para a aplicação do inquérito.

3.4.5. Tratamento de dados

Os dados recolhidos por um inquérito por questionário não têm significado em si mesmos, tornando-se úteis no âmbito de um tratamento quantitativo de forma a possibilitar comparar as respostas globais de diferentes categorias (grupos) e analisar as correlações entre variáveis (Quivy e Campenhoudt, 2008). Nesse sentido, os dados foram tratados

estatisticamente, através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), de forma a permitir uma apresentação e uma interpretação sucinta dos resultados obtidos.

Salienta-se que o grupo VI (Doenças Cardiovasculares – Teste de Conhecimentos) foi tratado como um teste de avaliação de conhecimentos. Por esse motivo, tal como uma ficha de avaliação, essa informação foi corrigida e classificada, procedendo-se também a uma análise do sucesso por cada uma das questões referentes a esse grupo. Os critérios específicos de classificação usados para tratar os dados relativos ao teste de conhecimentos seguem em anexo (anexo II).

Os testes foram classificados nas seguintes **categorias**, mediante o resultado (%) obtido:

- Não Satisfaz Menos** (20% ou menos);
- Não Satisfaz** (21%-39%);
- Não Satisfaz Mais** (40%-49%);
- Satisfaz** (50%-69%);
- Satisfaz Bastante** (70%-89%).
- Excelente** (90-100%)

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

Neste capítulo, após a introdução (4.1), apresentamos a descrição e interpretação dos resultados do estudo 1 (4.2) e uma descrição e interpretação dos resultados do Estudo 2 (4.3). Este último ponto está subdividido nos seguintes itens: fatores passíveis de influenciar os comportamentos dos alunos (4.3.1), onde se inclui o ambiente familiar (4.3.1.1), o ambiente escolar (4.3.1.2) e o grupo de pares (4.3.1.3); a educação para a saúde – tópicos abordados na escola (4.3.2); conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares (4.3.3) e comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares (4.3.4). No âmbito dos comportamentos, abordamos os hábitos alimentares (4.3.4.1.) os hábitos de consumo de álcool (4.3.4.2), os hábitos de consumo de tabaco (4.3.4.3) e o exercício físico, lazer e descanso (4.3.4. 4).

4.2.Descrição e interpretação dos resultados do Estudo 1

Este primeiro estudo visou auscultar a opinião dos cardiologista relativamente aos conhecimentos que alunos, no final do 3º ciclo do Ensino Básico, devem possuir para saberem prevenir doenças cardiovasculares.

Na tabela 14 e seguintes, apresentamos os resultados obtidos com as entrevistas realizadas aos médicos cardiologistas.

Quanto às principais doenças cardiovasculares (Tabela 14) os três cardiologistas usam diferentes designações. M₀ considera o enfarte do miocárdio e o acidente vascular cerebral. M₁ afirma: «(...) as doenças cardiovasculares englobam as doenças do coração e dos vasos sanguíneos (...) se atingirem as artérias do cérebro são as doenças cerebrovasculares, em que a mais conhecida é o acidente vascular cerebral ou a vulgar trombose (que as pessoas conhecem por trombose) e se atingem os membros, as extremidades dos membros, particularmente os membros inferiores, surge a doença arterial periférica(...)» enquanto M₂ refere que «o problema maior é o desgaste, essencialmente as doenças coronárias, das coronárias que depois dão os

enfartes... causadas pela aterosclerose.» Apesar de denominações distintas, em termos gerais, todos abordam o risco de AVC ou de enfarte, como resultado dos problemas circulatórios associados à aterosclerose.

Tabela 14
Principais doenças cardiovasculares referidas pelos médicos cardiologistas
(designações usadas)

Principais doenças cardiovasculares	M ₀	M ₁	M ₂
-Enfarte do miocárdio e Acidente vascular cerebral (AVC)			
-Doença cardíaca (principalmente nas artérias coronárias), doença cerebrovascular (caso do AVC), doença arterial periférica	√		
-Doença coronária		√	
			√
-Problema central na base dessas doenças - Aterosclerose		√	√

Na tabela 15, apresentamos os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares referidas pelos médicos cardiologistas.

Todos os entrevistados salientam o tabagismo como fator associado ao aparecimento deste grupo de doenças. M₁salienta mesmo: «Vale sempre a pena deixar de fumar. O cigarro é um dos principais fatores de risco de desenvolvimento de aterosclerose, particularmente na doença arterial periférica, onde o cigarro... os fumadores têm 10 vezes mais probabilidade de terem doença arterial periférica do que os não fumadores.»

O stress é também valorizado pelos cardiologistas, embora M₂ considere que o mais importante é saber lidar com ele: «E consegue evitar o stress nos jovens? (...) Eles apaixonam-se, estão quase a morrer e uma semana depois já estão bem. O stress creio que faz parte. É essencial saber lidar com ele. A adolescência é uma fase de mudanças hormonais, comportamentais muito rápidas e de alterações de humor muito rápidas, é muito difícil lidar com eles nessas alturas. Acima de tudo, é importante apoiá-los. É muito difícil impor comportamentos, pelo contrário. Mas acima de tudo, apoiá-los, demonstrar que estamos ao lado

deles, tentando dissimuladamente ver que grupos de amigos frequentam e que comportamentos têm. Orientá-los... mas é muito difícil impor.»

M₀ valorizou muito o perigo do sal, classificando-o como principal fator que desencadeia o risco cardiovascular. Esta ideia foi também reforçada por M₁, acrescentando a importância de se criar o hábito de reduzir o sal, logo mesmo, na infância: «Este aspeto é importante nas crianças, pois se não dermos sal às crianças, elas nunca vão dizer que querem sal. O sal que os alimentos têm já chega. É uma questão de hábito e se nós habituarmos as crianças (...) se desde pequenas não lhes dermos sal e depois lhes deitarmos sal na comida, elas não querem comer.»

Tabela 15
Principais fatores de risco das doenças cardiovasculares referidas pelos médicos cardiologistas

-Fatores de risco das doenças cardiovasculares			
-Erros alimentares (excesso de sal, excesso de gordura)	✓	✓	
-Tabagismo	✓	✓	✓
-Idade		✓	✓
-Fatores genéticos	✓		✓
-Raça e o género		✓	
-Fatores psicossociais (stress)	✓	✓	✓
- Consumo excessivo de álcool		✓	

Quanto aos fatores protetores das doenças cardiovasculares (Tabela 16), todos são unânimes em considerar o consumo de frutas e vegetais, como fatores protetores relativamente a este grupo de doenças. M₁ é mais abrangente reforçando a importância da dieta mediterrânica: «Em termos alimentares, é fundamental a nossa antiga dieta mediterrânica (que nos esquecemos com as comidas rápidas), portanto, é fundamental voltar a lembrar às pessoas que o peixe é um alimento importante, que o azeite é um alimento importante, as verduras e as frutas são alimentos muito importantes. As carnes devem ser reduzidas, sobretudo as carnes vermelhas.»

M₂ refere-se a uma «Alimentação equilibrada que tenha de tudo, não ter alimentação monótona, mas variada que tenha todos os componentes. Podem comer batatas fritas, mas têm que comer fruta também e legumes, etc.»

Todos os entrevistados valorizam muito a prática de exercício físico. M₁ afirma mesmo: «Um dos melhores “medicamentos” que temos é o exercício físico. E não é necessário correr, basta caminhar todos os dias, meia hora, quarenta minutos. Não é a ver montras, tem de ser com passo acelerado, mais acelerado... mas é importante isso...» Enquanto M₂ refere-se particularmente aos adolescentes: «Tentar evitar aquelas coisas que agora usam muito: estar muito tempo em frente ao computador, ou seja, devem ter uma prática regular de exercício físico (não é necessário competição, exercício físico regular), fazer surf, ir para a praia, correr (exercício físico saudável, normal).»

O entrevistado M₁ valorizou muito a prevenção secundária, através de tratamentos/medicamentos que permitem prolongar a vida e melhorar a sua qualidade quando a doença já está instalada: «Atualmente, temos fármacos anti - hipertensores, fármacos para tratamento do colesterol... digamos que são altamente eficazes e muito bem tolerados.»

M₀ e M₁ enalteceram a importância do vinho como fator protetor. M₁ aborda mesmo o denominado “paradoxo francês”: “Os franceses comem muito queijo. Queijo que tem muito colesterol.... E os ingleses não comem esse queijo. Os ingleses têm mais doença coronária do que os franceses... Os franceses bebem vinho e os ingleses bebem chá.... Não há propriamente uma garantia científica, mas tudo aponta para isso.”

M₂ enfatizou o papel dos pais, durante a infância, na criação de hábitos, pois na adolescência estes passam a ser mais influenciados pelos amigos: “Nessas idades, já não fazem o que a gente diz. O que acho importante é durante a infância. Se os pais... As crianças aprendem por imitação, o que os pais fazem em casa, é aquilo que eles fazem. Se os pais tiverem bons hábitos alimentares, estilos de vida, tudo isso... é isso que os filhos vão fazer. Não podemos esperar que uma criança não fume...se o seu pai fumar. Podemos dizer-lhes muitas coisas... Mas chegando a essa idade, os valores vão ser mais transmitidos pelo grupo de alunos, do que pelos pais. Portanto, o trabalho de casa tem de estar feito até lá.”

Tabela 16
Principais fatores protetores das doenças cardiovasculares referidas pelos médicos
cardiologistas

-Fatores protetores das doenças cardiovasculares			
-Consumo de vegetais e frutas	✓	✓	✓
-Prática de exercício físico	✓	✓	✓
-Consumo moderado de vinho (e algumas cervejas)	✓	✓	
- Alimentação muito diversificada			✓
-Prevenção secundária (tratamentos/medicamentos) quando a doença já foi instalada		✓	
-Aquisição de bons hábitos na infância		✓	✓

Quanto à questão associada à necessidade, dos alunos, identificarem doenças específicas do sistema circulatório (causas, sintomas e consequências) – Tabela 17 – M₀ e M₁ valorizam-na no sentido dos discentes estarem capacitados para saberem atuar, detetando sintomas e, assim, determinarem sinais de emergência em si próprios e, sobretudo, em familiares mais velhos (permitindo acionar o acesso à “via verde de emergência”). M₁ valoriza também a importância de conhecerem as causas sobretudo em casos concretos, por exemplo, quando os pais são fumadores: “O facto de conhecer as causas (fatores de risco), por exemplo, é importante no caso dos pais que fumam e os filhos insistirem para os pais deixarem de fumar.”

M₃ enfatiza a necessidade de existir uma disciplina curricular, denominada Educação Cívica (com programa pré-definido) desde o 7ºano ao 12ºano, em que, entre outros aspetos, fosse incluída a Educação para a Saúde: “O que entendo é que devia haver uma das disciplinas ... Uma disciplina de Educação Cívica com vários capítulos: código da Estrada, comportamentos sociais; organização administrativa do país; educação para a saúde. Vários capítulos, portanto. Uma disciplina que seria muito importante!” Valoriza também o facto de os adolescentes não precisarem conhecer doenças específicas, uma vez que é um processo angustiante para ser aprendido nesta faixa etária problemática, por si só: “Na verdade, na maior parte das vezes, tenho é que desdramatizar sintomas exagerados que não são reais (...) Na puberdade, não deveríamos estar a transmitir propriamente ideias más porque é uma idade de orientar comportamentos, mas não de assustar.”

Tabela 17

Relevância dada pelos médicos cardiologistas à necessidade, dos alunos, identificarem doenças específicas do sistema circulatório

-Relevância dada à necessidade, dos alunos, identificar doenças específicas do sistema circulatório (causas, sintomas e consequências)		
-Identificarem causas e consequências para saberem atuar e valorizarem a prevenção	√	√
-Identificarem sintomas de forma a reconhecerem sinais de emergência em si próprios e, sobretudo, em familiares mais velhos (permitindo acionar o acesso à “via verde” de emergência)	√	√
-Existência de uma disciplina curricular, denominada Educação Cívica (com programa pré-definido) desde o 7ºano ao 12ºano, em que, entre outros aspetos, fosse incluída a Educação para a Saúde		√
-Não devem conhecer doenças específicas, pois é um processo angustiante para ser aprendido numa faixa etária problemática como a adolescência		√

As consequências nefastas do tabagismo e a importância do exercício físico voltam a ser mencionado por todos os entrevistados aquando da questão relacionada com os aspetos que deverão ser conhecidos, pela população em geral, de forma a estarem aptos a prevenir as doenças cardiovasculares (Tabela 18). Repare-se que M1 e M2 apontam também, neste campo, o papel da educação no desenvolvimento de hábitos saudáveis desde tenra idade.

ª Situação que dispensa a realização de uma triagem e a necessidade de aguardar horas pelo atendimento

Tabela 18

Aspetos que segundo os médicos cardiologistas deverão ser conhecidos pela população em geral de forma a estarem aptos a prevenirem as doenças cardiovasculares

Aspetos que deverão ser conhecidos pela população em geral de forma a estarem aptos a prevenirem as doenças cardiovasculares			
-Consequências nefastas do tabagismo	√	√	√
-Importância da antiga dieta mediterrânica (rica em vegetais, frutas, azeite, peixe...)		√	
-Problema do uso excessivo de sal	√	√	
-Importância do exercício físico moderado	√	√	√
-Papel da educação no desenvolvimento de hábitos saudáveis desde tenra idade		√	√
-Mais do que ensinar servir de exemplo (papel dos pais como modelos “copiados” pelos filhos)			√
-Necessidade de consultar regularmente o médico de forma a diagnosticar atempadamente um problema e agir sobre ele (prevenção secundária ⁹)		√	√

4.3.Descrição e interpretação dos resultados do Estudo 2

4.3.1. Fatores passíveis de influenciar os comportamentos de saúde dos alunos

Os dados seguintes visam a análise de alguns fatores relacionados com comportamentos de saúde dos adolescentes (ambiente familiar, ambiente escolar e grupos de pares).

4.3.1.1.Ambiente familiar

Neste ponto, procedemos à análise dos resultados relativos ao ambiente familiar, traduzido pela capacidade de comunicar com alguns elementos da família (Tabela 19). Tendo em conta os resultados obtidos, podemos constatar que existe, na grande maioria dos casos, uma fácil capacidade de comunicação com a família. Destacamos a grande facilidade de comunicação com o pai e com a mãe, respetivamente, de cerca de 80,6% e 94,4%. Este aspeto

⁹ Prevenção secundária através de medicação específica para problemas cardiovasculares quando são diagnosticadas situações, por exemplo, de hiperglicemia, elevado colesterol ou hipertensão.

poderá ser, de acordo com o estudo HBSC 2010, um fator protetor no que concerne aos comportamentos de saúde dos adolescentes, dado que, segundo esse mesmo estudo, os adolescentes que consideram fácil comunicar com os pais apresentam um conjunto de comportamentos de saúde mais favoráveis.

Tabela 19
Capacidade de dialogar com os vários elementos da família

N=108

Elementos	n	Fácil		Difícil		Não tenho / não vejo	
		f	%	f	%	f	%
Pai	108	87	80,6	12	11,1	9	8,3
Mãe	108	102	94,4	4	3,7	2	1,9
Padrasto / namorado da mãe	76	3	3,9	1	1,3	72	94,7
Madrasta / namorada do pai	76	3	3,9	2	2,6	71	93,4
Irmãos	108	89	82,4	6	5,6	13	12,0

4.3.1.2.Ambiente escolar

O ambiente escolar corresponde a um outro fator passível de ser relacionado com os comportamentos de saúde dos alunos. Nas tabelas seguintes expomos os resultados obtidos. Podemos constatar que 84,3% dos alunos gosta de andar na escola (Tabela 20), 68,5% tem uma perceção positiva relativamente àquilo que os professores consideram ser as capacidades deles (Tabela 21) e 97,2% considera ter, na escola, dois ou mais amigos (Tabela 22). Estes resultados permitem-nos admitir que a larga maioria dos alunos se sente integrada na escola, como resultado de um possível bom ambiente escolar. Esta situação é tal como é constatado através do estudo HBSC 2010, poderá ser também um fator protetor relativo aos comportamentos de saúde dos alunos.

Tabela 20
Gostar da escola

N= 108

n	Sim		Não	
	f	%	f	%
108	91	84,3	17	15,7

Tabela 21
Percepção dos professores sobre a capacidade académica

N= 108

n	Inferior à média		Boa/Média		Muita boa capacidade	
	f	%	f	%	f	%
107	22	20,6	74	68,5	11	10,2

Tabela 22
Número de amigos na escola

N= 108

n	Um		Dois ou mais		Nenhum	
	f	%	f	%	f	%
108	1	0,9	105	97,2	2	1,9

4.3.1.3. Grupo de pares

Abaixo, seguem-se os resultados referentes às relações de amizade. De acordo com estes resultados, é possível verificar que mais de 90% dos alunos inquiridos gosta de estar com os amigos e sente-se integrado nesse grupo (Tabela 23). Segundo o estudo HBSC 2010, constata-se que a existência de um grupo de pares com quem partilhar vivências pode ser um fator protetor, favorecendo comportamentos mais saudáveis. Excetua-se, no entanto, o consumo de tabaco e as situações de embriaguez que habitualmente é inferior em alunos que referem não possuir amigos com compartilhar vivências.

Tabela 23
Relação com os colegas / amigos

N= 108

Questões	n	Sim		Não	
		f	%	f	%
<i>Relativamente aos teus colegas/ amigos...</i>					
<i>Gostas de estar com eles?</i>	108	107	99,1	1	0,9
<i>São simpáticos e prestáveis?</i>	108	106	98,1	2	1,9
<i>Aceitam-te tal como és?</i>	107	102	95,3	5	4,7
<i>Tens facilidade em falar abertamente com eles?</i>	100	88	88,0	11	11

4.3.2. Educação para a saúde – tópicos abordados na escola

Neste ponto, pretendemos avaliar a perceção dos alunos do 9ºano relativamente a temas (tópicos) no âmbito da Educação para a saúde abordados ao longo do seu percurso escolar.

Como podemos constatar através da tabela 24, a larga maioria dos alunos considera ter abordado temas relativos a hábitos alimentares.

Tabela 24
Tópicos sobre hábitos alimentares, abordados no percurso escolar

. N=108

Temas / Temáticas	n	Abordei		Não abordei		Não me lembro	
		f	%	f	%	f	%
Roda/Pirâmide dos alimentos	108	104	96,3	0	0	4	3,7
Características de uma alimentação saudável	108	105	97,2	0	0	3	2,8
Composição dos alimentos	108	96	88,9	2	1,9	10	9,3
Frequência com que se deve ingerir alguns alimentos	108	97	89,8	0	0	11	10,2
Consequências de uma alimentação desequilibrada	108	103	95,4	1	0,9	4	3,7

A grande maioria dos alunos inquiridos indica também terem sido abordados os temas relacionados com o consumo de tabaco (Tabela 25), embora se tenha registado alguns casos de alunos que não abordaram esses assuntos, sobretudo no que concerne às “Crenças sobre o consumo de tabaco” e “Estratégias para evitar o consumo de tabaco”.

Tabela 25
Tópicos sobre consumo de tabaco, abordados no percurso escolar

N=108

Temas / Temáticas	n	Abordei		Não abordei		Não me lembro	
		f	%	f	%	f	%
Crenças sobre o consumo de tabaco	108	78	72,2	10	9,3	20	18,5
Consequências do consumo de tabaco na saúde	108	106	98,1	0	0	2	1,9
Consequências do consumo de tabaco na aparência	108	102	94,4	2	1,9	4	3,7
Consequências económicas do consumo de tabaco	108	87	80,6	6	5,6	15	13,9
Consequências do fumo passivo	108	102	94,4	2	1,9	4	3,7
Consequências sociais do consumo de tabaco	108	93	86,1	4	3,7	11	10,2
Razões pelas quais os jovens começam a fumar	107	90	84,1	1	0,9	16	15
Estratégias para evitar o consumo de tabaco	108	82	75,9	8	7,4	18	16,7

De acordo com a tabela 26, verificamos que alguns alunos (13%) consideram não ter abordado o tema “Crenças sobre o consumo de álcool” e 24,1% não se lembra. Quanto à “Definição de bebida alcoólica”, 22,2% dos inquiridos referem não se lembrar de ter estudado. Os restantes temas foram considerados assuntos abordados por quase todos os alunos.

Tabela 26
Tópicos sobre consumo de álcool, abordados no percurso escolar

. N=108

Temas / Temáticas	n	Abordei		Não abordei		Não me lembro	
		f	%	f	%	f	%
Definição de bebida alcoólica	108	79	73,1	5	4,6	24	22,2
Identificação do álcool como droga	108	91	84,3	7	6,5	10	9,3
Distinção entre consumo de álcool e a dependência	108	88	81,5	7	6,5	13	12
Crenças sobre o consumo de álcool	108	68	63	14	13	26	24,1
Consequências sociais / familiares do consumo do álcool	108	94	87	4	3,7	10	9,3
Consequências do álcool na saúde	108	105	97,2	0	0	3	2,8
Consequências do álcool na aparência	107	91	84,3	8	7,4	9	8,3
Razões pelas quais os jovens começam a beber	107	79	73,1	7	6,5	21	19,4

Relativamente aos temas sobre atividade física e desporto (Tabela 27), 17,6% refere não se lembrar de ter abordado o tópico referente a “Consequências do sedentarismo”. Não obstante, a grande maioria dos alunos refere ter estudado todos os temas.

Tabela 27
Tópicos sobre atividade física e desporto, abordados no percurso escolar

N=108

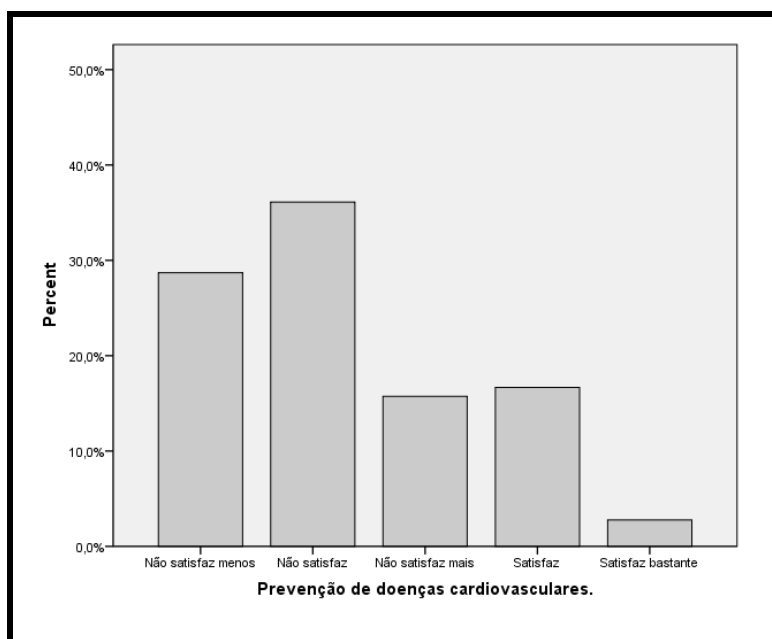
Temas / Temáticas	n	Abordei		Não abordei		Não me lembro	
		f	%	f	%	f	%
Vantagens da atividade física / exercício físico	108	106	98,1	0	0	2	1,9
Tipos de atividade física recomendáveis ao longo da vida	108	95	88	8	7,4	5	4,6
Consequências do sedentarismo	108	85	78,7	4	3,7	19	17,6

4.3.3. Conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares

Com esta parte do inquérito pretendemos descrever os conhecimentos relacionados com as doenças cardiovasculares em alunos no final do Ensino Básico (3º ciclo).

No gráfico 36, apresentamos os resultados obtidos no teste de conhecimentos no âmbito das doenças cardiovasculares. Os resultados obtidos foram muito pouco satisfatórios dado que 28,7% dos alunos obteve *Não Satisfaz menos*, 36,1% tiveram *Não Satisfaz*, 15,7% *Não Satisfaz mais* e apenas 16,7% atingiu o *Satisfaz*. Salienta-se ainda que apenas uma pequenissima parte dos inquiridos (2,8%) obteve *Satisfaz Bastante* e não se registou nenhum *Excelente*.

Gráfico 36
Conhecimentos no âmbito da saúde cardiovascular
N=108



A seguir apresentamos uma descrição mais detalhada desses resultados (Tabela 28).

Podemos verificar que a maioria dos alunos (64,8%) identificou as doenças cardiovasculares como principal causa de morte em Portugal e nos países desenvolvidos (Questão 1). Constatamos também que 75,9% dos inquiridos reconhece as doenças cardiovasculares como doenças do aparelho circulatório (Questão 2).

Um total de 46,3% dos alunos não acertou na Questão 3.1 (relativa ao significado de ataque cardíaco ou enfarte do miocárdio). As falhas ainda foram mais significativas nas Questões 4.1, 4.2 e 4.4 dado corresponderem a questões que exigem um conhecimento mais específico ao nível das doenças cardiovasculares.

Quando se trata de identificar formas de prevenção dessas doenças cardiovasculares, os alunos parecem revelar mais conhecimentos, como podemos apurar pelos resultados da Questão 3.3 (comportamentos para reduzir o risco de enfarte). Esta situação vem confirmar os resultados do inquérito relativos aos tópicos sobre Educação para a Saúde abordados na escola. Nesse ponto, a grande maioria dos alunos afirmou ter abordado os tópicos relativos a hábitos alimentares, consumo de álcool/tabaco e atividade física e desporto.

Tabela 28
Resultados relativos ao teste de conhecimentos no âmbito das doenças cardiovasculares –
descrição detalhada por questão

Questões	Acertou totalmente		Acertou parcialmente						Não acertou	
			Nível 3		Nível 2		Nível 1			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	70	64,8	-	-	-	-	-	-	38	35,2
2	82	75,9	-	-	-	-	-	-	26	24,1
3.1	8	7,4	16	14,8	10	9,3	24	22,2	50	46,3
3.2	1	0,9	11	10,2	14	13	48	44,4	34	31,5
3.3	13	12	26	24,1	24	22,2	22	20,4	23	21,3
4.1	1	0,9	7	6,5	8	7,4	24	22,2	68	63
4.2	0	0	4	3,7	10	9,3	27	25	67	62
4.3	4	3,7	15	13,9	14	13	28	25,9	47	43,5
4.4	2	1,9	0	0	1	0,9	25	23,2	80	74

De acordo com as Orientações Curriculares do Ministério da Educação para as Ciências Físicas e Naturais do 3ºCiclo (p. 36), a abordagem das doenças associadas aos sistemas do organismo humano (9ºano) são norteadas da seguinte forma:

«Com base em fotografias, diapositivos ou no simples relato de situações que sejam do conhecimento dos alunos, podem ser referidas algumas doenças (por exemplo doenças cardiovasculares, respiratórias, gástricas, sanguíneas) bem como as respetivas técnicas de prevenção, diagnóstico e/ou tratamento (análises sanguíneas, TAC, radiografias, vacinas, antibióticos). Devem ser privilegiadas as doenças e as técnicas sobre as quais os alunos demonstraram maior curiosidade durante a abordagem dos sistemas que constituem o organismo.»

Em virtude da limitada carga horária da disciplina de Ciências Naturais e um extenso programa para cumprir, não há disponibilidade de tempo para proceder ao estudo detalhado das inúmeras doenças associadas aos sistemas do organismo humano. Desse modo e considerando

uma outra recomendação das Orientações Curriculares do Ministério da Educação para as Ciências Físicas e Naturais do 3ºCiclo (p. 36) «Alguns dos comportamentos que interferem no equilíbrio do organismo (álcool, tabaco, droga, higiene, atividade física) podem ser abordados em simultâneo com a exploração das questões anteriormente propostas, ou proceder-se, por exemplo, a um levantamento da opinião dos alunos sobre hábitos de vida saudáveis para posterior reflexão alargada à turma. Os alunos devem conhecer certos efeitos do consumo de álcool, tabaco e droga e de alterações na prática de atividade física e nos hábitos de higiene sobre a integridade física e/ou psíquica do organismo.», valoriza-se uma abordagem mais genérica das repercussões de determinados comportamentos de risco para a integridade do organismo em geral.

A contextualização dos resultados do teste de conhecimentos nas Orientações Curriculares do Ministério da Educação, justifica o fraco aproveitamento dos discentes nas questões mais específicas referentes às doenças cardiovasculares.

Podemos assim afirmar que os alunos revelam conhecimentos de saúde em geral que os capacita para desenvolverem um estilo de vida saudável, não obstante, a abordagem efetuada na escola não é centrada de forma específica nas doenças cardiovasculares.

4.3.4.Comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares

Com os dados a seguir apresentados, visámos determinar a prevalência de comportamentos relacionados com as doenças cardiovasculares em alunos no final do Ensino Básico (3ºciclo).

4.3.4.1. Hábitos alimentares

Pela observação da tabela 29, reconhecemos que o almoço e o jantar correspondem às refeições que são feitas diariamente quase pela totalidade dos alunos (98,1% e 96,3% respetivamente). O pequeno – almoço é tomado também por uma grande maioria (79,6%), muito próximo do resultado do estudo HBSC 2010 (80,4% durante a semana e 81,6% durante o fim de semana). A ceia é uma refeição muito pouco praticada diariamente (25,2%). O lanche da manhã é ingerido diariamente por quase metade dos inquiridos (43,5%) e o da tarde é tomado por 52,8% dos alunos.

Estes dados revelam que genericamente o grupo de alunos inquiridos não pratica regularmente as seis refeições diárias, recomendáveis numa alimentação equilibrada. Não obstante, a grande maioria tem o hábito de tomar o pequeno-almoço e, como já referimos no capítulo II, o pequeno-almoço regular é parte integrante de uma alimentação saudável. Entre outros fatores, contribui para um bom desenvolvimento cognitivo, favorecendo assim o processo de aprendizagem e sua ausência tem sido associada a várias outras falhas ao nível dos comportamentos de saúde (Currier et al, 2008).

Tabela 29
Número de refeições realizadas por semana

N=108

Refeições	n	Todos os dias		4 a 6 dias por semana		1 a 3 dias por semana		Nunca	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Pequeno-almoço	108	86	79,6	13	12	6	5,6	3	2,8
Lanche a meio da manhã	108	47	43,5	28	25,9	22	20,4	11	10,2
Almoço	108	106	98,1	2	1,9	0	0	0	0
Lanche a meio da tarde	108	57	52,8	24	22,2	25	23,1	2	1,9
Jantar	108	104	96,3	3	2,8	1	0,9	0	0
Ceia	107	27	25,2	14	13,1	34	31,8	32	29,9

Com base na tabela 30, podemos aferir que a maioria (50,9%) dos alunos inquiridos raramente toma café e 22,2% dos mesmos nunca o faz. A água é a bebida mais ingerida várias vezes ao dia. O leite é tomado, pelo menos uma vez por dia, em 42,6% dos casos e o leite achocolatado é consumido por uma menor percentagem dos inquiridos (23,1%).

Quanto ao consumo de Coca-Cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas (refrigerantes), 47,2% referem ingeri-la algumas vezes por semana e um total de 22,2% consomem pelo menos uma vez por dia. Estes valores ficam ligeiramente abaixo dos resultados do estudo HBSC nacional 2010, respetivamente, 52,8% e 23,1%.

A ingestão de sumo natural, numa periodicidade de algumas vezes por semana em 46,3% dos inquiridos revela um hábito bastante saudável na medida em que se pode associar ao grande benefício de consumo de frutas como parte integrante de uma dieta saudável.

Tabela 30
Frequência de consumo de algumas bebidas pelos alunos da amostra

N=108

Bebidas	n	Mais do que uma vez por dia		Uma vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Café	108	3	2,8	8	7,4	18	16,7	55	50,9	24	22,2
Água	108	92	85,2	9	8,3	6	5,6	1	0,9	0	0
Leite	108	39	36,1	46	42,6	16	14,8	3	2,8	4	3,7
Leite achocolatado	108	16	14,8	25	23,1	34	31,5	24	22,2	9	8,3
Coca - Cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas	108	11	10,2	13	12	51	47,2	29	26,9	4	3,7
Sumo natural (de laranja ou outras frutas)	108	14	13	17	15,7	50	46,3	23	21,3	4	3,7

Na tabela 31, apresentamos resultados relativamente à frequência de alguns alimentos. Podemos denotar uma ligeira preferência pela carne vermelha em detrimento da carne branca. Este aspeto mais negativo é compensado pelos 46, 2% que referem consumir peixe pelo menos uma vez por dia, contra apenas cerca de 14% que referem comer carne.

Relativamente ao consumo de *Fast-food*, podemos observar que a grande maioria (69,5%) refere consumir Hambúrguer, cachorro ou salsicha apenas raramente. Resultado idêntico (65,7%) obteve também o consumo das batatas fritas de pacote.

No que concerne ao consumo de vegetais, os resultados do nosso estudo são menos favoráveis face ao estudo nacional HBSC 2010, uma vez que as respostas raramente/nunca

totalizam valores de 44,5% e 25%, respetivamente vegetais crus e cozinhados, contra apenas os 11,8% (consumo de vegetais em geral) no estudo citado. No caso da fruta, a resposta raramente foi mencionada por apenas 4,6% dos inquiridos, contra os 7,7% do estudo HBSC 2010.

No que respeita ao consumo de doces, podemos verificar que os bolos e chocolates são consumidos raramente/nunca por um total de 44,4% e 44,5% dos inquiridos, respetivamente chocolate ou guloseimas e bolos. Valores muito positivos para a saúde destes adolescentes - há uma diferença notável comparativamente ao estudo nacional em que apenas 15,9% refere comer doces raramente. O consumo numa frequência de alguns dias da semana ou pelo menos uma vez por dia também é inferior aos resultados do referido estudo.

Tabela 31
Frequência de consumo de alguns alimentos

N=108

Alimentos	n	Mais do que uma vez por dia		Uma vez por dia		Algumas vezes por semana		Raramente		Nunca	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Carne vermelha (vaca...)	107	5	4,7	15	14	75	70,1	11	10,3	1	0,9
Carne branca (frango...)	108	2	1,9	15	13,9	74	68,5	15	13,9	2	1,9
Peixe	108	39	36,1	46	42,6	16	14,8	3	2,8	4	3,7
Hambúrguer, cachorro ou salsicha	105	2	1,9	2	1,9	26	24,8	73	69,5	2	1,9
Vegetais crus	108	14	13	18	16,7	28	25,9	34	31,5	14	13
Vegetais cozinhados	108	11	10,2	21	19,4	49	45,4	19	17,6	8	7,4
Massas / Arroz	108	15	13,9	33	30,6	57	52,8	3	2,8	0	0
Batatas fritas de pacote	108	1	0,9	4	3,7	31	28,7	71	65,7	1	0,9
Batatas fritas feitas em casa	108	4	3,7	7	6,5	57	52,8	39	36,1	1	0,9
Pão de centeio ou integral	108	16	14,8	29	26,9	34	31,5	21	19,4	8	7,4
Chocolate ou guloseimas	108	4	3,7	8	7,4	48	44,4	47	43,5	1	0,9
Bolos	108	4	3,7	9	8,3	47	43,5	46	42,6	2	1,9
Fruta	108	38	35,2	33	30,6	32	29,6	5	4,6	0	0
Sopa	108	15	13,9	36	33,3	43	39,8	13	12	1	0,9
Laticínios (queijo, iogurtes...)	108	26	24,1	39	36,1	35	32,4	8	7,4	0	0

4.3.4.2. Hábitos de consumo de álcool

Com base na tabela 32, podemos concluir que apenas 0,9% dos inquiridos refere consumir cerveja diariamente e um total de 19,4% consome todas as semanas / mês. Quanto ao vinho, as mesmas respostas registam valores de 0,9% e 4,6% respetivamente. As bebidas brancas destacam-se com consumos semanais / mensais por parte de 13,9% dos alunos.

Estes resultados indiciam um reduzido consumo de bebidas alcoólicas. Contudo, em termos gerais, são menos satisfatórios do que os do estudo nacional HBSC 2010, em que a bebida alcoólica mais consumida diariamente é a cerveja (por apenas 0,5% dos inquiridos) e as bebidas destiladas são consumidas semanalmente / mensalmente por apenas 9,9% dos jovens.

Tabela 32
Frequência de consumo de algumas bebidas alcoólicas

N=108

Tipo de bebida	n	Diariamente		Uma vez por semana		Algumas vezes por mês		Raramente		Nunca	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cerveja	108	1	0,9	4	3,7	17	15,7	40	37,0	46	42,6
Vinho	108	1	0,9	1	0,9	4	3,7	14	13	88	81,5
Licores/Vinho do Porto	108	1	0,9	3	2,8	4	3,7	22	20,4	78	72,2
Whisky	107	1	0,9	1	0,9	4	3,7	28	26,2	73	68,2
Bebidas brancas	108	1	0,9	1	0,9	14	13	30	27,8	62	57,4
Champanhe ou espumante	107	0	0	1	0,9	15	14	61	57	30	28

A partir da tabela 33 podemos aferir que um total de 38% dos alunos já bebeu para ficar embriagado valor menos satisfatório do que os 24,9% registados no estudo HBSC. Estes valores poderão ser justificados pelo contexto social em que está inserida a escola, em que o consumo de álcool e respetivos problemas que lhe são inerentes são uma realidade bastante frequente.

Tabela 33
Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até à embriaguez
N=108

n	Não nunca		Sim, uma vez		Sim, duas ou três vezes		Sim, de quatro a dez vezes		Sim, mais de dez vezes	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
108	67	62	19	17,6	16	14,8	4	3,7	2	1,9

4.3.4.3. Hábitos de consumo de tabaco

Analisando os resultados obtidos (Tabela 34), verificamos que uma larga maioria (81,5%) não fuma, nem um cigarro, valor um pouco abaixo do estudo nacional HBSC 2010 (88,1%). Contudo, apenas 3,8% dos inquiridos refere fumar diariamente, abaixo dos 4,5% do estudo HBSC 2010.

Tabela 34
Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais
N=108

n	Sim, todos os dias		Sim, um ou mais cigarros por semana, mas não todos os dias		Não, não fumo nem um cigarro		Não, deixei de fumar	
	f	%	f	%	f	%	f	%
106	4	3,8	4	3,7	88	81,5	10	9,4

Deduz-se que estes jovens não estarão muito sujeitos ao fumo passivo, no seio familiar. A partir da tabela 35, podemos constatar que apenas 2% das mães e 5,8% dos pais fumam diariamente no interior da habitação.

Tabela 35
Prevalência de fumadores no agregado familiar dos alunos da amostra
N=108

Elementos	n	Sim, todos os dias		Por vezes		Não		Não tenho/ Não sei	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Mãe	102	2	2	5	4,9	90	88,2	5	4,9
Pai	104	6	5,8	7	6,7	79	76	12	11,5
Irmão (ã)	101	1	0,9	8	7,9	81	80,2	11	10,9
Outro	82	1	1,2	6	7,3	57	69,5	18	22

4.3.4.4. Exercício físico, lazer e descanso

A tabela 36 representa os resultados relativos à prática de exercício, permitindo-nos concluir que a maioria dos inquiridos pratica exercício físico regularmente. Repare-se que apenas 4,7% afirmam praticar exercício físico uma vez por semana e, 0,9%, uma vez por mês. 30,8% restantes afirmam praticar exercício físico, no mínimo, 2 a 3 vezes por semana. Nenhum dos inquiridos assumiu *nunca* praticar exercício físico e 39,3% afirmou ter uma prática diária.

Tabela 36
Frequência da prática de exercício físico nos tempos livres

N=108

n	Todos os dias		4 a 6 vezes por semana		2 a 3 vezes por semana		Uma vez por semana		Uma vez por mês		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
107	42	39,3	26	24,3	33	30,8	5	4,7	1	0,9	0	0

Estes resultados apresentam-se bastante mais positivos do que o estudo HBSC 2010, em que 3,8% dos jovens nunca pratica exercício físico e apenas 13,3% o faz diariamente.

A justificar esta diferença positiva temos a localidade onde se insere a escola frequentada pelos alunos inquiridos, correspondente a uma zona mais rural e, portanto, propícia, ao exercício físico ao ar livre.

Os resultados presentes na tabela 37 vêm realçar ainda mais a oportunidade que os alunos inquiridos têm de realizar desportos ao ar livre, na medida em que o desporto mais praticado é o futebol (42,7%). Andar de bicicleta (16,7%) e correr (15,6%) obtiveram também um bom resultado.

Tabela 37
Tipo de atividade física / desporto praticada habitualmente
N=108

Tipos	n = 96	
	f	%
Natação	2	2,1
Caminhar	6	6,3
Andar de bicicleta	16	16,7
Futebol	41	42,7
Educação física	7	7,3
<i>Fifastreet</i>	2	2,1
Ginástica	4	4,2
Correr	15	15,6
<i>Karaté</i>	1	1
Atletismo	1	1
<i>Badminton</i>	1	1

Cerca de metade dos inquiridos vê televisão, uma a duas horas por dia (Tabela 38). Apenas 15,1% fica em frente ao ecrã mais de três horas por dia.

No nosso estudo não fizemos a distinção entre *durante a semana* e *durante o fim de semana*, tal como no estudo HBSC 2010. De qualquer forma, apenas 15,1% dos adolescentes do nosso estudo veem mais de três horas de televisão por dia, no referido estudo, há resultados de 25,2% (durante a semana) e 55,9% (durante o fim de semana) para uma frequência de 4 ou mais horas.

Tabela 38
Número, de horas por dia, passadas a ver televisão
N=108

Tipos	n = 106	
	f	%
Não vejo televisão	0	0
Menos de uma hora por dia	13	12,3
Uma a duas horas por dia	51	48,1
Duas a três horas por dia	26	24,5
Mais de três horas por dia	16	15,1

Cerca de metade (48,1%) dos jovens passa menos de uma hora por dia a jogar no computador, 29,6 % passa uma a três horas (Tabela 39). O estudo HBSC 2010, apresenta valores de 41,8% (durante a semana) e 43,2% (durante a semana) para uma frequência de uma a três horas.

Tabela 39
Número de horas, por dia, passadas a jogar no computador ou na consola
N=108

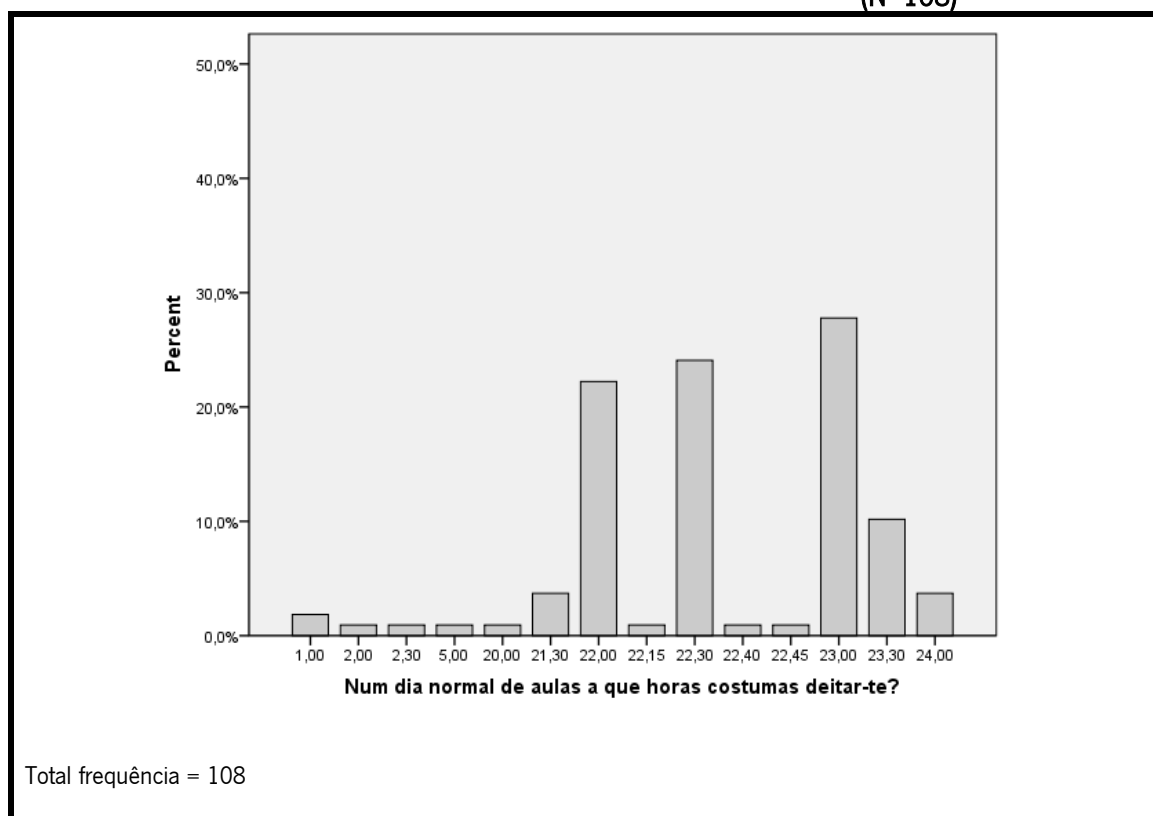
Tipos	n = 108	
	f	%
Nenhuma	14	13,0
Menos de uma hora por dia	52	48,1
Uma a três horas por dia	32	29,6
Quatro a seis horas por dia	6	5,6
Mais de seis horas por dia	4	3,7

Seguidamente, apresentamos dados relativos ao descanso dos discentes inquiridos (Gráficos 37 e 38).

A grande maioria dos alunos não vai para a cama antes das 22 horas. As 23 horas corresponderam ao horário mais assinalado pelos inquiridos.

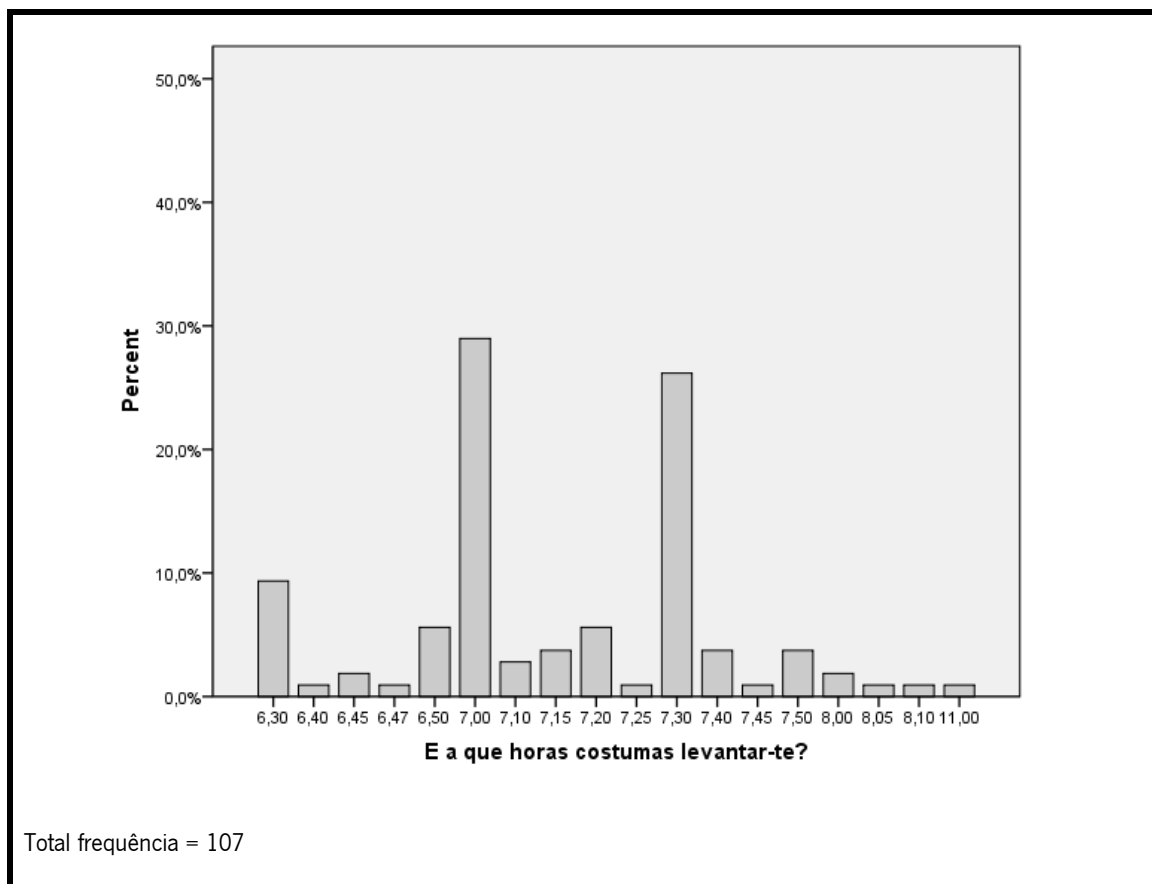
Gráfico 37 - Horário de deitar

(N=108)



Como podemos verificar no gráfico 38, no que respeita ao horário de levantar, temos como mais frequentes os horários das 7 horas e o das 7.30h.

**Gráfico 38 - Horário de levantar
(N=108)**



Analisando os resultados representados nos gráficos 36 e 37, podemos constatar que estes jovens não descansam o número de horas suficientes.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

5.1. Introdução

Após esta breve introdução (5.1), apresentam-se as conclusões da investigação resultantes do primeiro estudo relativo à opinião dos cardiologistas (5.2) e as resultantes do segundo estudo, com alunos no final do Ensino Básico (5.3). Neste último ponto, especificam-se as conclusões relativas a fatores passíveis de influenciar os comportamentos dos alunos (5.3.1), onde se inclui o ambiente familiar, o ambiente escolar e o grupo de pares; tópicos abordados na escola no âmbito da Educação para a Saúde (5.3.2); conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares (5.3.3); comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares (5.3.4) e relação entre conhecimentos e comportamentos dos alunos (5.4).

Por fim, discutem-se as implicações dos resultados obtidos (5.4) e apresentam-se sugestões para futuras investigações (5.5).

5.2. Conclusões sobre o primeiro estudo, com cardiologistas

Tendo em conta os resultados obtidos com as entrevistas realizadas a cardiologistas, podemos concluir que, embora não usem sempre as mesmas designações, os médicos cardiologistas referem sobretudo o enfarte do miocárdio e o acidente vascular cerebral como principais doenças cardiovasculares.

No que concerne a fatores de risco destas doenças, o tabagismo foi o fator mais enfatizado pelos médicos, atendendo às sérias repercussões que este comportamento tem na saúde humana em geral. A problemática do stress também foi abordada por todos os entrevistados. Contudo e relativamente ao stress, mais do que combatê-lo, consideraram fundamental aprender a lidar com ele. Os erros alimentares também foram mencionados, particularmente o consumo excessivo de sal.

Quanto aos fatores protetores, o consumo de frutas e vegetais e a prática de exercício físico foram salientados por todos. A prática de exercício físico foi definido como um fator protetor, não apenas pelo facto de contribuir para evitar a obesidade, mas ainda pela importância de combater o stress.

Evidenciamos também o facto de dois dos entrevistados valorizarem a aquisição de bons hábitos desde tenra idade e referirem o consumo moderado de vinho como possível fator protetor deste grupo de doenças.

Quanto à necessidade dos alunos identificarem doenças específicas do sistema circulatório (causas, sintomas e consequências), os médicos cardiologistas valorizaram a aquisição deste tipo de informação como um modo de capacitar os adolescentes para saberem detetar sintomas e, assim, determinarem sinais de emergência em si próprios e, sobretudo, em familiares mais velhos.

Embora tenha sido referido apenas por um dos cardiologistas, parece-nos pertinente salientar que o mesmo considerou a importância dos alunos identificarem causas destas doenças, sobretudo ao nível do tabagismo, de forma a pressionarem os pais para deixarem de fumar.

Quando confrontados com a questão relativa aos aspetos que deverão ser conhecidos, pela população em geral, de forma a preparar os indivíduos no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, voltaram a destacar as consequências nefastas do tabagismo e a importância do exercício físico.

5.3. Conclusões relativas ao segundo estudo, com alunos

5.3.1. Conclusões sobre fatores passíveis de influenciar os comportamentos de saúde dos alunos

Ambiente familiar

Na grande maioria dos casos, existe uma fácil capacidade de comunicação com a família, sobretudo com os pais. Atendendo a que, segundo o estudo nacional HBSC (2010), essa capacidade de comunicação está mais associada a jovens que manifestam comportamentos saudáveis, podemos considerar os nossos resultados favoráveis no que concerne ao desenvolvimento deste fator protetor.

Ambiente escolar

Os resultados do estudo foram bastante positivos neste ponto, uma vez que os nossos inquiridos, na sua grande maioria, têm uma perceção positiva relativamente àquilo que os professores consideram ser as capacidades deles e fazem amizades no seio dos colegas de escola. De acordo com a informação fornecida pelo estudo nacional HBSC 2010, o ambiente escolar poderá ser também um fator protetor relativo aos comportamentos de saúde dos alunos.

Grupo de pares

No nosso estudo quase todos os alunos (90%) inquiridos gostam de estar com os amigos e sentem-se integrados nesse grupo. Estes resultados podem, portanto, ser considerados muito positivos. Segundo o estudo HBSC 2010 e com exceção do consumo de tabaco e da embriaguez, possuir um grupo de amigos, e gostar de estar com os eles, ou sentir-se integrado é também um aspeto favorável no desenvolvimento comportamentos mais saudáveis.

5.3.2. Conclusões sobre tópicos de saúde abordados, na escola, no âmbito da Educação para a Saúde

A maioria dos alunos declarou ter abordado na escola, ao longo do seu percurso escolar, grande parte dos tópicos de educação para a saúde. Estes resultados poderão ser justificados pelo facto de se tratar de alunos em fase de conclusão do 9ºano de escolaridade e, neste nível de ensino, ser lecionada a disciplina de Ciências Naturais, cujo programa está muito associado às temáticas da Educação para a Saúde.

Uma das Metas aprendizagem propostas pela Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) para o subtema “O organismo humano em equilíbrio” define com rigor o que se espera que os alunos saibam e façam: “O aluno caracteriza comportamentos de risco (exemplos: consumo, tabaco, álcool, outras drogas, alimentação desequilibrada) para a integridade física e/ou psíquica dos indivíduos e explica algumas das suas principais consequências.” Esta abordagem na disciplina de Ciências Naturais é provavelmente a razão principal para os alunos se sentirem familiarizados com os principais tópicos inerentes à Educação para a Saúde.

Salienta-se também que recentemente se tem feito uma maior aposta na Educação para a Saúde, sobretudo ao nível da Área Curricular não Disciplinar de Formação Cívica, aspeto que poderá ter contribuído também para os resultados obtidos.

5.3.3. Conclusões sobre os conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares

Os resultados obtidos foram muito pouco satisfatórios dado que apenas cerca de 20% dos inquiridos conseguiu obter um resultado final, no teste de conhecimentos, igual ou superior a 50%. Apesar dos fracos resultados globais, a grande maioria dos alunos reconheceu as doenças cardiovasculares como principal causa de morte em Portugal e nos países desenvolvidos e apenas uma pequena minoria não se mostrou capaz de associar estas doenças ao aparelho circulatório do organismo humano. Cerca de metade dos inquiridos reconheceu o significado de um ataque cardíaco ou enfarte do miocárdio. As falhas mais significativas corresponderam às questões mais específicas, relacionadas com o significado de acidente vascular cerebral e de trombose.

Apesar de terem revelado uma falta de conhecimentos sobre doenças concretas do aparelho circulatório, os resultados melhoraram ligeiramente quando se questionou relativamente a formas de prevenção destas doenças.

Os alunos revelaram ser capazes de identificar formas de prevenção deste grupo de doenças (cardiovasculares), registando-se uma congruência com os resultados obtidos relativamente aos tópicos de educação para a saúde abordados ao longo do percurso escolar.

Estes resultados são também, em parte, justificáveis à luz das Orientações Curriculares para a disciplina de Ciências Naturais, atendendo a que se valoriza mais a aquisição de conhecimentos de saúde, em geral, de forma a capacitar os alunos para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável, do que a aquisição de conhecimentos específicos relativos a doenças.

5.3.4. Conclusões sobre os comportamentos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares

Apresentamos, de seguida, as conclusões respeitantes aos comportamentos dos discentes.

Hábitos alimentares

A grande maioria dos alunos tem o hábito de tomar o pequeno almoço (79,6%), muito próximo do resultado do estudo nacional HBSC 2010 (80,4% durante a semana e 81,6% durante o fim de semana). Como a ausência desta refeição tem sido associada a várias outras falhas ao nível dos comportamentos de saúde (Currier et al, 2008), o facto da maioria dos alunos envolvidos neste estudo possuir o hábito de tomar o pequeno almoço, é, por si só, um aspeto muito positivo.

Quase metade dos inquiridos (47,2%) ingere Coca-Cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas (refrigerantes), algumas vezes por semana, e um total de 22,2% consome pelo menos uma vez por dia. Estes valores são um pouco mais satisfatórios do que os resultados do estudo HBSC nacional 2010, respetivamente, 52,8% e 23,1%.

Constata-se que 30% dos alunos da amostra declaram que raramente ou nunca consumiram vegetais crus. O mesmo, referiram 20% dos alunos, quando questionados relativamente ao consumo de vegetais cozinhados. Estes resultados são menos favoráveis face ao estudo nacional HBSC 2010. Nesse estudo, apenas 11,8% dos alunos referem consumir raramente ou nunca, vegetais, em geral.

Estes dados reforçam a necessidade da escola tomar medidas no sentido de promover o consumo desses alimentos, nomeadamente através da sua publicitação, pois é indispensável a redescoberta da dieta mediterrânica, caracterizada pela riqueza em hortaliças e legumes, de forma a reduzir a incidência de doenças crónicas como o cancro e as doenças cardiovasculares (Nunes e Breda, 2001).

Verificámos que 44,4% e 44,5% dos inquiridos raramente ingere respetivamente chocolate ou guloseimas e bolos, comparativamente aos 15,9% do estudo nacional HBSC 2010.

O consumo, numa frequência de alguns dias da semana ou pelo menos uma vez por dia, também é inferior aos resultados do referido estudo.

Estes resultados traduzem-se em valores muito positivos para a saúde destes adolescentes, pois segundo as *Recomendações Europeias para a Prevenção da Doença Cardiovascular* – Sociedade Europeia de Cardiologia (2007), todos os indivíduos deverão ser aconselhados acerca da escolha dos alimentos que estão associados a um menor risco de doença cardiovascular, salientando-se uma ingestão calórica ajustada para evitar o excesso de peso.

Hábitos de consumo de álcool

Apenas 0,9% dos inquiridos refere consumir cerveja diariamente e um total de 19,4% consome todas as semanas / mês. Quanto ao vinho, as mesmas respostas registam valores de 0,9% e 4,6% respetivamente. As bebidas brancas destacam-se com consumos semanais / mensais por parte de 13,9% dos alunos.

Embora estes resultados permitam inferir a existência de um baixo consumo de bebidas alcoólicas, em termos gerais, são menos satisfatórios do que os do estudo nacional HBSC 2010, em que a bebida alcoólica mais consumida diariamente é a cerveja (por apenas 0,5% dos inquiridos) e as bebidas destiladas são consumidas semanalmente / mensalmente por apenas 9,9% dos jovens.

O nosso estudo foi realizado com jovens no final do 9º ano e segundo o estudo supracitado, a partir do 10º ano há uma tendência para os jovens aumentarem o consumo de álcool, significando a possibilidade desta situação sofrer um agravamento.

Embora os resultados obtidos revelem baixos consumos, são acima dos valores nacionais. A situação poderá ser justificada pelo contexto social em que está inserida a escola, em que o consumo de álcool e respetivos problemas inerentes são uma realidade bastante frequente. De facto, no caso dos jovens, a família parece ter um papel preponderante na iniciação ao consumo de álcool, pois os contactos com o álcool são muito mais frequentes nos filhos dos lares onde há problemas com o álcool, pela maior liberdade e acessibilidade de consumo e também pelos exemplos dos pais (Pinto, 2007).

Atendendo a que o consumo de bebidas alcoólicas tem várias implicações, sendo os seus efeitos obviamente negativos para a saúde dos jovens e das pessoas em geral, destacando-se a probabilidade de doenças como a cirrose hepática, o cancro, a hipertensão e os défices de

memória (Ogden, 1999 citado em Gaspar e Matos 2008), o nosso estudo reforça a necessidade de apostarmos em campanhas de prevenção.

Hábitos de consumo de tabaco

Uma larga maioria constituída por 81,5% dos alunos não fuma, nem um cigarro (um pouco abaixo dos 88,1% dos resultados do estudo nacional HBSC 2010), apenas uma minoria (3,8%) refere fumar diariamente (valor abaixo dos 4,5% do estudo HBSC 2010). Verificou-se também que estes jovens não estão muito sujeitos ao fumo passivo, no seio familiar, apenas 2% das mães e 5,8% dos pais fumam diariamente no interior da habitação.

Atendendo ao facto do consumo do tabaco ser um fator de risco de doença cardiovascular, independente de qualquer outro (Perdigão, 2009), estes resultados revelam-se positivos.

Contudo, existem fumadores e alguns dos alunos são fumadores passivos no seio do agregado familiar. Desse modo, não podemos dispensar a necessidade de apostar em campanhas de prevenção e de cessação tabágica, de forma a reduzir ainda mais o número de fumadores e evitar que outros iniciem o consumo de tabaco mais tarde.

Exercício físico, lazer e descanso

A prática diária de exercício físico foi mencionada por 39,3% dos inquiridos, valor muito acima dos 13,3% do estudo HBSC 2010. Atendendo à importância da prática regular de atividade física, como uma componente relevante na melhoria de um estilo de vida saudável, na diminuição dos fatores de risco de doenças cardiovasculares, no aumento do bem-estar psicológico, incluindo uma maior auto-confiança e maior auto-estima (Ribeiro, 2010), podemos constatar que os resultados deste estudo se revelaram bastante positivos, salientando-se também que os desportos mais assinalados dizem respeito a atividades realizadas ao ar livre.

Estes dados permitem-nos concluir que os jovens inquiridos são mais ativos do que a média a nível nacional. Atendendo a que o sedentarismo também está associado à má conceção de espaços urbanos (Carqueijeiro, 2009), podemos justificar os nossos resultados com a

localização geográfica da escola alvo, ou seja, insere-se num ambiente rural, com inúmeros locais propícios à atividade física ao ar livre.

Contudo, quando se fala de descanso, avaliado pelos horários em que os inquiridos se deitam e acordam, é possível constatar que estes jovens não descansam o número de horas suficientes.

5.4. Conclusões respeitantes à relação entre os conhecimentos e os comportamentos dos alunos

Não efetuamos um cruzamentos dos dados relativos aos conhecimentos dos alunos com os respetivos comportamentos pelo facto de termos considerado desnecessário, isto é, foi possível concluirmos que, apesar dos maus resultados ao nível dos conhecimentos sobre doenças cardiovasculares, os alunos revelam, em termos gerais, comportamentos salutogénicos.

Esta situação vai de encontro (Glanz, 1999) às teorias Cognitivo - Comportamentais, em que o comportamento é mediado por cognições, ao que é teorizado pelos modelos bio, psico-sociais e ambientais, no sentido em que aquilo que conhecemos e pensamos afeta o modo de nos comportarmos, não obstante, o conhecimento é necessário, mas não suficiente para produzir alterações de comportamento, ou seja, as perceções, motivações, aptidões e fatores do ambiente social também desempenham um papel importante. Os comportamentos não dependem apenas dos conhecimentos, também são afetados por fatores individuais, micro e macrosociais e ambientais. Os fatores biológicos (a idade, sexo, factores genéticos) e psicológicos (personalidade, interesses, educação recebida) determinam as características de cada indivíduo. Por outro lado, cada indivíduo desenvolve-se influenciado por fatores do meio microssocial, como a família, amigos, vizinhos, ambiente escolar ou laboral. Estes por sua vez são condicionados por factores macrosociais, como o sistema social, as estruturas, a cultura, as instituições os meios de comunicação, os grupos económicos, entre outros. Como as condições de vida de uma sociedade são determinadas pelo meio físico e geográfico, inclui-se ainda a influência dos fatores ambientais (Mendoza, Pérez & Foguet, 1994).

5.5. Implicações dos resultados obtidos

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na União Europeia (EU) e também responsáveis por grande parte dos gastos com saúde. Estas doenças são também uma das principais causas de doença prolongada e de afastamento do mercado de trabalho (Portal da Saúde Pública da União Europeia, 2011). Como tal, dedicarmos tempo a investigar este tema é sempre importante na medida em que nos permitirá avaliar a melhor forma de apostar na prevenção destas doenças e delinear estratégias eficazes para a concretização da Educação para a Saúde, em contexto escolar.

As doenças cardiovasculares correspondem ao conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos (Portal da Saúde-Ministério da Saúde, 2011) e são habitualmente tratadas por um grupo de especialistas – os médicos cardiologistas. São estes especialistas que conhecem mais de perto o problema. Desse modo, consideramos relevante englobá-los no nosso estudo com a finalidade de auscultar a sua opinião sobre quais os conhecimentos, no âmbito da saúde cardiovascular, necessários aos alunos, no final da escolaridade do ensino básico, para saberem prevenir estas doenças. Verificamos que, segundo os médicos entrevistados, é importante conhecer causas (como o tabagismo, o sedentarismo, ou os erros alimentares) de forma a evitá-las. Não obstante, o contexto familiar e os comportamentos assimilados durante a infância poderão ser, segundo a ótica dos entrevistados, mais relevantes do que a transmissão de informação durante a adolescência. Esta perceção poderá alertar para a importância de envolver os encarregados de educação em atividades no âmbito da educação para a saúde, nomeadamente informando-os relativamente ao modo de promoverem a saúde cardiovascular no seio familiar.

Este estudo serviu também para descrever a perceção de temas de promoção de saúde desenvolvidas na escola alvo. Genericamente, verificámos que grande parte das áreas da Educação para a Saúde foram abordadas. Tal não significa que a escola poderá menosprezar a fomentação destas temáticas, mas, pelo contrário, fazê-lo de forma ainda mais sistemática, nomeadamente ao nível do Ensino Secundário, ciclo de ensino onde, muitas vezes, deixa de existir disponibilidade de tempo para dedicar a estas abordagens.

Os resultados pouco satisfatórios obtidos pelos alunos da amostra no teste de conhecimentos sobre doenças cardiovasculares sugerem que, na escola alvo, é preciso investir

mais na transmissão de informação referente à Promoção e Educação para a Saúde, nomeadamente através de atividades / campanhas educativas. As atividades curriculares não são suficientes para preparar devidamente os alunos. Denota-se que será relevante recorrer a especialistas da área que possam vir à escola dar o seu contributo na transmissão de conhecimentos mais específicos no âmbito da saúde cardiovascular, atividades que poderão ser alargadas a outros elementos da comunidade, inclusive os encarregados de educação dos alunos. Salientamos que alguns cardiologistas envolvidos na nossa investigação mencionaram uma possível necessidade dos alunos conhecerem sintomas destas doenças, pela sua importância no acionamento dos mecanismos de emergência, em termos de assistência médica.

Esta investigação permitiu fazer um diagnóstico da situação sobre prevalências e fatores de risco de alguns comportamentos de saúde (hábitos alimentares, consumo de álcool e de tabaco, atividade física, descanso e lazer) dos jovens adolescentes da amostra. Os resultados obtidos neste estudo são de extrema importância em Educação para a saúde, porque foram identificados os hábitos de saúde dominantes na população alvo, os quais devem ser analisados/ponderados e tomadas medidas preventivas ou corretivas dos comportamentos de saúde nestes adolescentes. Por exemplo, a nível dos hábitos alimentares, registou-se um baixo consumo de vegetais comparativamente com a média nacional (HBSC 210), significando que a escola deverá tomar medidas para avaliar a razão destes resultados, no sentido de corrigir esta situação. O mesmo acontece com o consumo de álcool que, embora os consumos não sejam muito elevados, são superiores aos do HBSC 2010. Assim, a escola deverá estar atenta a este problema, apostando seriamente na prevenção do alcoolismo, nomeadamente através de campanhas de sensibilização da comunidade em geral.

As conclusões da investigação que levamos a cabo, baseadas nos elementos recolhidos e tratados, revelam que há uma percentagem reduzida de fumadores. Contudo, salientamos também que, de acordo com os dados Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, a maior parte dos fumadores inicia o consumo depois dos 15 anos. Significa que a escola não poderá ficar indiferente a este risco, sendo necessário agir através de campanhas de prevenção, como em termos de campanhas de cessação (para aqueles que já iniciaram o consumo).

Esta investigação permitiu detetar a existência de uma elevada percentagem de discentes que não dorme o número de horas suficiente. Esta situação poderá ter implicações não só a nível da saúde dos indivíduos, mas também a nível cognitivo, afetando o rendimento

escolar. A escola deverá proceder a uma análise mais global deste parâmetro, uma vez que poderá ser um fator de extrema importância no sucesso escolar dos seus alunos.

Atendendo ao cargo de Coordenadora de Educação para a Saúde que a investigadora tem na escola onde foi desenvolvida a investigação, este projeto pretendeu também o desenvolvimento dos alicerces necessários à criação de um observatório dos comportamentos de saúde, na comunidade alvo. O observatório de saúde deverá ser alargado a outros níveis de ensino e servir para monitorizar periodicamente os comportamentos dos estudantes. Desse modo, será possível identificar comportamentos de risco e delinear estratégias de intervenção na comunidade. Caso se opte por avaliar apenas os alunos no final de cada ciclo, a monitorização deverá ser realizada de três em três anos, período correspondente a um ciclo de estudos (de dois em dois, para o 2º ciclo). O questionário utilizado neste estudo poderá ser melhorado e/ou limitado à monitorização de comportamentos de risco / salutogénicos. Assim, será possível comparar resultados e verificar a evolução da prevalência dos hábitos de saúde na escola em causa.

Este trabalho de investigação também pretende ser mais um dos muitos contributos para o conhecimento da comunidade científica, podendo funcionar como exemplo a seguir por outras comunidades educativas, caso pretendam apostar na promoção da saúde cardiovascular.

Este estudo poderá, ainda, ser adaptado a outros sistemas do organismo humano (digestivo, reprodutor, respiratório...) e ser implementado, nesta escola ou em outras, em moldes idênticos a este.

Em suma, estudos como este servirão sempre para efetuar uma monitorização, diagnosticando necessidades específicas no âmbito da educação para a saúde, e respetiva definição de estratégias específicas para colmatar os problemas detetados.

5.6.Sugestões para futuras investigações

Atendendo a que os resultados relativamente ao consumo de vegetais não se revelaram muito positivos, seria pertinente proceder a um estudo mais detalhado deste comportamento, nomeadamente tentar perceber os fatores que estão a desencadear o baixo consumo destes alimentos.

No nosso estudo, verificou-se que o consumo de álcool, embora reduzido, está acima dos valores obtidos com o estudo nacional HBSC 2010. Seria interessante avaliar mais detalhadamente estes consumos, não só entre os jovens, mas também da comunidade em geral.

Verificou-se também que os jovens englobados no nosso estudo não descansam um número de horas suficiente. Avaliar os motivos que estão a induzir à redução do número de horas de descanso e respetivas implicações deste comportamento seria também um aspeto interessante a estudar.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu-Lima, C. (2009). O risco cardiovascular no Século XXI Reflexão sobre a importância da Carta Europeia para a Saúde do Coração. *Revista Factores de Risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. Nº13. 52-57
- Abreu-Lima, C. (2010). 3.º Workshop: Alimentação, Actividade Física e Factores de Risco Cardiovasculares em Adolescentes. *Revista Factores de Risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. Nº18. 46-47
- Afonso, C. (2009). Actividade Física e Alimentação na Prevenção da Doença Cardiovascular: Recomendações Individuais versus Populacionais. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. Nº 12. 66-71.
- Alves Diniz, J., Baptista, M. I., Barros, H., Boavida, J., Gaspar, T., Gaspar de Matos, M., Goulão, J., Mota, J., Sampaio, D., Sardinha, L. & Simões, M. C. (2007) *Psychologist; Promoting adolescents positive health in Portuguese schools - Las Palmas, WHO Forum*. Consultado a 13 de junho em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Las_Palmas_HBSC_Portugal_2007.pdf
- Antunes, M. C. (2008a). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Almedina, 47-63.
- Antunes, M. C. (2008b). Promoção e Educação para a saúde: a participação comunitária como proposta metodológica. In Bonito, J. (Coord). *Educação para a saúde no séc. XXI – teorias, modelos e práticas*. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora, 624 – 631. Consultado a 15 de Junho em <http://www.ciep.uevora.pt/eps/2EPS.pdf>.
- Baptista, M. I. M. & Sousa, A. (Coord.) (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e prevenção em meio escolar*, Lisboa: DGIDC, DGS, IDT.
- Baptista, M. I. M. (Coord.) (2006). *Educação alimentar em meio escolar referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: DGIDC.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Bell, J. (2008). *Como realizar um projecto de investigação*. (4ªed.). Lisboa: Gradiva editores.
- Bové, C. N. (2006). Acción comunitária para la salud. In Úlcar, X. & Berñe, A. (Coord). *Miradas e diálogos entorno a la acción comunitária*. Barcelona: Grao.
- Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M. & Silva, P. R. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS.
- Carcajeiro, M. (2009). Diabetes, Endocrinologia e Obesidade. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N°14.10-12.
- Carrajeta, M.O. (2010). *Como ter um coração saudável. Guia para prevenir e curar doenças cardiovasculares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2008). Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. In Pereira B. O.; Carvalho, G. S. (Coord.). *Actividade física, saúde e lazer: modelos de análise e intervenção*. Lisboa : Lidel.
- Cardoso C. & Plantier T. (2009). *Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal - Estudo do impacte da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto*. DGS. Consultado a 20 de junho 2011 em <http://www.dgs.pt/ms/5/pagina.aspx?codigoms=5516&back=1&codigono=0009AAAAAAAAAAAAA>
- Cardoso, J. S. (2009). A prevenção cardiovascular e o XXX Congresso Português de Cardiologia. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 12.10-13.
- Costa, M. E. (2001). Encontros e desencontros – a comunicação na instituição escolar. In Pereira, B. & Pinto, A. P. (Coord.). *A escola e a criança em risco. Intervir para prevenir*. 1ª ed. Porto: Edições Asa. 53-64.
- Costa, P. M. A (2009). *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário*. Dissertação de mestrado em Educação – Especialização em Educação para a Saúde. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.

- Currier C., Gabhainn S. N., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Picket W., Richter M., Morgan A. & Barnekow V. (2008). *Inequalities in young people's health. International report from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Cruz I. C. F. & Lima R. (1999). Etnia negra: um estudo sobre hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovasculares. *Rev Enferm UERJ*. N°1, Vol 7. 35-44.
- Dias J. R. (2009). *Educação - O caminho da Nova Humanidade: das coisas às pessoas e aos valores*. Lisboa: Papiro Editora.
- Duarte J. S. (2008). Alimentação. Obesidade e diabetes. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 11. 66-68
- Duarte J. S., Perdigão C., Rocha E. & Santos A. (2009). A diabetes em Portugal. Uma análise do estudo Amália. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 13. 24-32
- Esping-Andersen G. & Palier B. (2009). *Três lições sobre o Estado - Providência*. Lisboa: Campo da Comunicação.
- Federação Mundial do Coração (2010). Dia Mundial do Coração. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 18. 76-77
- Ferreira A., Castro D., Valada E., Costa P., Samorinha C. & Precioso J. (2009). Caracterização da oferta alimentar dos bufetes e máquinas de venda automática de alimentos da Universidade do Minho. In *Revista Alimentação Humana* (Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação). N° 3, Vol. 5. 80-85
- Feio A. & Oliveira C. C. (2010). O modelo das crenças de saúde (Health belief Model) e a teoria da autopoiesis. *Revista Reflexão e Ação*. N°1, Vol. 18.
- Figueiras M. J. (2010). Artigos e Estudos Comentados - Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 16. 82-85

- Filho R. E., Martinez T. R. (2002). Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas! *Arq Bras Endocrinol Metab.* N° 3, Vol. 46.

- Fonseca H. (2009). Prevenção do Risco Cardiometabólico na Criança e no Adolescente. *Revista Factores de Risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia.* N°17. 58-61.

- Helfenstein Fonseca F. A. (2009). Estratificação de risco e metas lipídicas para prevenção e tratamento da aterosclerose. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia.* N°12. 34-41.

- Freitas, P. (2009). Doença cardiovascular e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia.* N°15.12-23.

- Gaspar T. & Matos M. G. (2008). Consumo de Substâncias e Saúde/Bem-estar, em Crianças e Adolescentes Portugueses. In Matos M. G. (2008). *Consumo de substâncias. Estilo de vida? À procura de um estilo?* 25–43. Lisboa: Edições Instituto da Droga e da Toxicodependência. Consultado a 20 de maio de 2011 em <http://www.aventurasocial.com/main.php>.

- Gómez M. J. A. (2007). La investigación educativa. *Claves Teóricas.* Madrid: McGraw-Hill.

- Guyton A. C. (1988). *Fisiologia Humana.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A.

- Garcia J. & Sánchez M. (1997). *Desarrollo humano, participación y dinamización sociocultural.* In Carrasco J.G. (Coord). *Educación de Adultos.* Barcelona: Editorial Ariel, 271-286.

- Gaspar I. (2010). Importância do diagnóstico precoce da doença cardiovascular. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia.* N° 18. 24-27.

- Gonçalves A. & Gonçalves G. S. (2010). Influência da escola na homogeneização de padrões e comportamentos de saúde nas populações infanto – juvenis de meio rural e meio urbano. In Branco H. P. L. *et al*, ed. lit. - *Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado : actas do Congresso Nacional de Educação para a Saúde, 3, Covilhã, Portugal, 2010.* Covilhã: Universidade da Beira Interior. 710-727.

- Glanz, K. (1999). Teoria num relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha L. B., Matos M. G. & Loureiro I. (1999). *Promoção da saúde. Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições. 9-55.
- Hibell B., Guttormsson H., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Kraus L. (2007). *Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The 2007 ESPAD Report.
- Hill M. M. & Hill A. (2008). *Investigação por questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marinho S., Anastácio Z. & Carvalho G. S. (2010). Avaliação de projectos de Educação Sexual na perspectiva da Promoção da Saúde. In Branco, H. P. L. *et al*, (eds). *Actas do 3º Congresso Nacional de Educação para a Saúde / 1º Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. 417-431.
- Mendoza, R. ; Pérez, M. & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Lima L. M. M. (1999). A prevenção do tabagismo na adolescência. In Sardinha L. B., Matos M. G. & Loureiro I. (1999). *Promoção da saúde. Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições. 123-161.
- Loureiro I. (1999). A importância da educação alimentar na escola. In Sardinha L. B., Matos M. G. & Loureiro I. (1999). *Promoção da saúde. Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições. 58-84.
- Mader S. S. (1998). *Biology*. 6ª ed. McGraw-Hil
- Marques H. & Marques M. F. (2008). Consumo de substâncias psicoactivas e saúde mental nos jovens do distrito de Évora – Um contributo para a Educação para a Saúde. In Bonito J. (Coord). *Educação para a saúde no séc. XXI – teorias, modelos e práticas*. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora, 275 – 285. Consultado a 15 de junho em <http://www.ciep.uevora.pt/eps/2EPS.pdf>.
- Matos M. (Coord.). (1998). *1ª saúde dos adolescentes portugueses*. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS.

- Matos M. G. e Sardinha L. B. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In Sardinha L. B., Matos M. G. & Loureiro I. (1999). *Promoção da saúde. Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições. 164-181.
- Matos M. (Coord.). (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos M. G. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos M. G. (2008a). A adolescência e os seus contextos: o estudo HBSC/OMS. In Matos M. G. *Consumo de substâncias. Estilo de vida? À procura de um estilo?* Lisboa: Edições Instituto da Drogas e da Toxicodependência. 25-43. Consultado a 14 de junho 2010 em <http://www.aventurasocial.com/main.php>.
- Matos M. (Coord.). (2011a). *Relatório preliminar do Estudo HBSC 2010*.
- Matos M. (Coord.). (2011b). *Estudo HBSC 2010*. Publicação de Abril de 2011.
- Matos M. (Coord.). (2011c). Aventura Social e Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses*. Relatório do HBSC 2010.
- Marchioni M. (2001). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular. 9-20.
- Minetto C. (2009). *Flavonóides na doença cardiovascular*. *Revista Alimentação Humana*. (Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação). N°3, Vol. 5. 61-65.
- Ministério da Educação. (2001) Orientações Curriculares Ciências Físicas e Naturais 3º ciclo. Departamento da Educação Básica.
- Moore K. L. & Dalley A. F. (2006). *Anatomia orientada para a clínica*. 5ª ed. Rio do Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Mota L. & Viana M.A. (2009). *Bioterra. Viver melhor na Terra. Ciências Naturais, 9ºano*. 1ª ed. Porto: Porto Editora.
- Moura J. M. P. (2010). *Factores de Risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 18. 10-14.

- Mello M., Barrias J. & Breda J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. DGS. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Naia A., Simões C. & Matos M. G. (2008). Consumo de drogas e os locais de ocupação dos tempos livres na adolescência: Análise complementar do estudo HBSC/OMS. In Bonito J. (Coord). *Educação para a saúde no séc. XXI – teorias, modelos e práticas*. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora. 266-274.
- Nunes E. & Breda J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: DGS.
- OMS (1978). *Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS.
- Papalia D. E., Olds S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. 8ª ed. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Pardal C. (2009). Cessação Tabágica: Alguns argumentos para motivar o fumador. *Factores de Risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 12. 18-20.
- Perdigão C. (2008). Risco cardiovascular 2008. O que há de novo? *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 11. 30-34.
- Perdigão C. (2009). Prevenção cardiovascular – estratégias populacionais e estratégias individuais. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 12. 6-8.
- Pina J. A. E. (2007). *Anatomia humana do coração e vasos*. Lisboa-Porto: Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Pinto A. (2007). Problemas ligados ao consumo de bebidas alcoólicas. In 3 Baptista M. I. M & Sousa A. (Coord.). (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e prevenção em meio escolar*. Lisboa: DGIDC, DGS, IDT. 9–68.

- Póvoa R. (2008). Crise hipertensiva. In *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. Nº 11. 20-28.
- Precioso J. (2001). *Aprende a cuidar de ti*. Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.
- Precioso J. (2004). Educação para a saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. Nº 2, Vol. 3. 161-170. Consultado a 10 de Junho em <http://saum.uvigo.es/reec/lang/spanish/volumenes.htm>.
- Precioso P., Calheiros J. M., López M. J., Ariza C., Nebot M., Fernández E. & Rebelo L. (2008). *Avaliação do cumprimento da Lei n.º 37/2007 de Prevenção do Tabagismo no sector da restauração do Concelho de Braga*. DGS. Consultado a 10 de Junho <http://www.dgs.pt/ms/5/pagina.aspx?codigoms=5516&back=1&codigono=0009AAAAAAAAAAAA> [AAAAAAA](http://www.dgs.pt/ms/5/pagina.aspx?codigoms=5516&back=1&codigono=0009AAAAAAAAAAAA).
- Quivy R. & Campenhoudt L. V. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 5ªed. Lisboa: Gradiva Editores.
- UNESCO (1976). *Recommendation On The Development of Adult Education*. Nairobi.
- Ramos E. (2010). Alimentação na adolescência e prevenção cardiovascular. *Revista Factores de Risco*. Nº18. 48-51.
- Ribeiro J.C. (2010). A actividade física na adolescência e a prevenção cardiovascular. *Revista Factores de Risco. Publicação da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Nº 18. 52-60.
- Rocha E. & Vasconcelos M. P. (2009). Alimentação e Hipertensão Destaques e recomendações. *Revista Factores de Risco. Publicação da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Nº 14. 54-57.
- Rodrigues V., Carvalho A., Gonçalves A. & Carvalho G. (2007). *Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescente*. Consultado a 6 de Setembro de 2010 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6651>.

-Rodrigues E. & Pereira S. (2008). Alimentação e Diabetes. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 11. 58-58.

-Sampaio D. (2006). *Inventem-se novos país*. 16ª ed. Lisboa: Editorial Caminho.

-Santos A. C. (2008). O papel da alimentação na síndrome metabólica. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 11.60-63.

-Silva M.A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores.

-Silva P. M. (2004). *COMPREENDER A ATEROSCLEROSE para prevenir*. Consultado a 22 de junho de 2011 em <http://www.fpcardiologia.pt/docs/N7.pdf>.

Simões C., Matos M. G. & Batista-Foguet J. (2006). *Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo psicologia, saúde & doenças*. In Silva P. M. (Pres.). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Universidade Ramon Lull, Barcelona. N°2, Vol. 7. 147-164

-Sprinthal N. A e Collins W. A. (1999). *Psicologia do adolescente – uma abordagem desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

-Teixeira V. C. G. M. (2009). Actividade Física Esteróis vegetais e metabolismo lipídico. Conclusões. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N° 12. 72-73.

-Tuckman B.W. (2000). *Manual de investigação em educação*. 4ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

-Vilaça M. T. (2001). Educação para a saúde em contexto escolar: estratégias de prevenção da infecção VIH/Sida e da discriminação dos doentes com sida. In Pereira B. e Pinto A. P. (Coord.). *A escola e a criança em risco. Intervir para prevenir*. 1ª ed. Porto: Edições Asa. 53-64.

-Veríssimo M. T. (2009). Pré-hipertensão: mudança do estilo de vida sem medicação, para todos. *Revista Factores de risco. Publicação da sociedade portuguesa de cardiologia*. N°15. 32-37.

SITES CONSULTADOS

-http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf

-<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>

-<http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/paginas/default.aspx>.

-<http://www.euro.who.int/en/home>

-http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_pt.htm.

-<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/>

[doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm](http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm).

-<http://www.spavc.org/engine.php?cat=1>.

-<http://www.spc.pt/spc/>

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

-Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de junho.

Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde.

ANEXOS

Anexo I



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Questionário

Ano lectivo: 2010/2011

P. 199/213

Em primeiro lugar, **OBRIGADA** por colaborares neste estudo!

Este questionário serve para estudar os conhecimentos e comportamentos de saúde de jovens adolescentes, como tu, no que diz respeito à prevenção de doenças cardiovasculares.

Só poderemos realizar esse estudo se tu responderes com sinceridade. Lembramos que isto não é um teste, portanto não existem respostas certas ou erradas. As tuas respostas são confidenciais - apenas as pessoas responsáveis pelo estudo terão acesso ao que respondeste!

Por favor, lê cada questão com calma e responde honestamente!

9º Ano Turma: _____ Data: ____/____/____

I. Dados Pessoais

1. Qual é a tua idade? _____anos

2. És rapaz ou rapariga? (coloca uma X no quadrado que corresponde à tua resposta)

Rapaz ☐ (1) Rapariga ☐ (2)

3. Indica as pessoas com quem vives, habitualmente. (exemplo: Vivo com: pai, mãe e irmã.)

3.1. Vivo com: _____.

4. Qual a escolaridade dos teus pais? **Escolaridade** (coloca uma X no quadrado que corresponde aos estudos dos teus pais)

	Nunca estudou	Até ao 4ºano (1ºciclo)	Até ao 6ºano (2ºciclo)	Até ao 9ºano (3ºciclo)	Até ao 12ºano (Secundário)	Ensino Superior (Universidade)	Não sei
4.1. Pai	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)
4.2. Mãe	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)

II. Ambiente familiar

1. Relativamente aos vários elementos da tua família, como descreves a capacidade de dialogar com...

	Fácil	Difícil	Não tenho / não vejo
1. Pai	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
2. Mãe	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
3. Padrasto (namorado da mãe)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
4. Madrasta (namorada do pai)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
5. Irmãos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (3)

III. Ambiente escolar

1. Gostas de andar na escola? (coloca uma X no quadrado que corresponde à tua resposta)

Sim ☐ (1) Não ☐ (2)

2. O que pensam os professores das tuas capacidades escolares?

Inferior à média ☐ (1) Boa / média ☐ (2) Muito boa capacidade ☐ (3)

3. Quantos amigos(as) tens na escola?

Um ☐ (1) Dois ou mais ☐ (2) Nenhum ☐ (3)

IV. Grupo de pares

1. Relativamente aos teus colegas / amigos:

1.1. Gostas de estar com eles?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2)

1.2. São simpáticos e prestáveis?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2)

1.3. Aceitam-te tal como tu és?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2)

1.4.Tens facilidade em falar abertamente com eles? (Só deves responder a esta questão, caso não tenhas assinalado a opção 3, na questão anterior)

Fácil
☐ (1)

Difícil
☐ (2)

V. Educação para a Saúde – tópicos abordados

1. Tomando como referência o tempo que andas na escola, indica se já abordaste os seguintes temas/tópicos nas aulas. (Coloca uma X no quadrado que corresponde à tua resposta)

1.1.Temas/tópicos sobre hábitos alimentares:

Temas

	Abordei	Não abordei	Não me lembro
1.Roda / Pirâmide dos alimentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
2. Características de uma alimentação saudável	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
3.Composição dos grupos de alimentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
4. Frequência com que se devem ingerir alguns alimentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
5. Consequências de uma alimentação desequilibrada	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

1.2.Temas/tópicos sobre consumo de tabaco:

Temas

	Abordei	Não abordei	Não me lembro
1. Crenças sobre o consumo de tabaco (ex: emagrece, dá um certo estilo)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
2. Consequências do consumo de tabaco na saúde	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
3. Consequências do consumo de tabaco na aparência	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
4. Consequências económicas do consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

5. Consequências do fumo passivo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
6. Consequências sociais do consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
7. Razões pelas quais os jovens começam a fumar	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
7. Estratégias para evitar o consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

1.3.Temas/tópicos sobre consumo de álcool:

Temas	Abordei	Não abordei	Não me lembro
1. Definição de bebida alcoólica	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
2. Identificação do álcool como uma droga	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
4. Distinção entre consumo de álcool e a dependência	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
5. Crenças sobre o consumo de álcool (ex: dá força, dá energia, etc)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
6. Consequências sociais / familiares do consumo de álcool	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
7. Consequências do álcool na saúde	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
8. Consequências do álcool na aparência	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
9. Razões pelas quais os jovens começam a beber	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

1.4.Temas/tópicos sobre actividade física e desporto:

Temas	Abordei	Não abordei	Não me lembro
1.Vantagens da actividade física / exercício físico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
2. Tipos de actividade física recomendáveis ao longo da vida	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
3. Consequências do sedentarismo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

VI. Conhecimentos relativos a doenças cardiovasculares

Tendo em consideração os conhecimentos adquiridos ao longo do teu percurso escolar e /ou os teus conhecimentos de cultura geral, responde atentamente às seguintes questões.

1. Qual a principal causa de morte em Portugal e nos países desenvolvidos em geral?

2. O que entendes por doenças cardiovasculares?

3. Considera o caso do enfarte do miocárdio ou ataque cardíaco.

3.1. Qual o seu significado?

3.2. Indica as suas principais causas.

3.3. O que deves fazer para reduzir o seu risco?

4. Considera ainda o acidente vascular cerebral.

4.1. Indica o seu significado.

4.2. Apresenta as suas principais causas.

4.3. O que deves fazer para reduzir o seu risco?

4.4. O que é uma trombose?

VII – Comportamentos de saúde

1. Hábitos alimentares

1.1. Durante uma semana normal, quantas vezes fazes as seguintes refeições?

Refeições	Todos os dias	4 a 6 dias por semana	1 a 3 dias por semana	Nunca
a) Pequeno-almoço	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)
b) Lanche a meio da manhã	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)
c) Almoço	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)
d) Lanche a meio da tarde	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)
e) Jantar	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)
f) Ceia	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)

1.2. Com que frequência consomes as seguintes bebidas?

Bebidas	Mais do que um vez por dia	Uma vez por dia	Algumas vezes por semana	Raramente	Nunca
a) Café	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)
b) Água	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)
c) Leite	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)
d) Leite achocolatado	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)
e) Coca-Cola ou outras bebidas açucaradas e gaseificadas	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)
f) Sumo natural (de laranja ou outras frutas)	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)

1.3. Com que frequência consumes os seguintes alimentos?

Alimentos	Mais do que uma vez por dia	Uma vez por dia	Algumas vezes por semana	Raramente	Nunca
a) Carne vermelha (Vaca, vitela...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
b) Carnes brancas (frango, peru...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
c) Peixe	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
d) Hambúrguer, cachorro ou salsicha	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
e) Vegetais crus	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
f) Vegetais cozinhados	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
g) Massas / Arroz	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
h) Batatas fritas de pacote	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
i) Batatas fritas feitas em casa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
j) Pão de centeio ou integral	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
k) Chocolates ou guloseimas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
l) Bolos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
m) Fruta	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
n) Sopa	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
o) Lacticínios (queijo, iogurtes...)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

2. Hábitos de consumo de álcool

2.1. Actualmente, com que frequência consomes os seguintes tipos de bebidas?

Tipo de bebida	Diariamente	Algumas vezes semana	Algumas vezes por mês	Raramente	Nunca
a) Cerveja	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
b) Vinho	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
c) Licores / Vinho do Porto	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
d) Whisky	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
e) Bebidas brancas (shot 's, vodka, gin, etc.)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
f) Champanhe ou espumante	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

2.2. Já alguma vez bebeste o suficiente para ficares embriagado?

a) Não, nunca	<input type="checkbox"/> (1)
b) Sim, uma vez	<input type="checkbox"/> (2)
c) Sim, duas ou três vezes	<input type="checkbox"/> (3)
d) Sim, de quatro a dez vezes	<input type="checkbox"/> (4)
e) Sim, mais de dez vezes	<input type="checkbox"/> (5)

3. Hábitos de consumo de tabaco

3.1. Atualmente fumas?

- a) Sim, todos os dias (1) ☐
- b) Sim, um mais cigarros por semana, mas não todos os dias (2) ☐
- c) Não, não fumo nem um cigarro (3) ☐
- d) Não, deixei de fumar (4) ☐

3.2. Alguma das seguintes pessoas fuma no interior da casa onde vives durante a semana?

- | | Sim, todos os dias | Por vezes | Não | Não tenho / Não sei |
|-------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Mãe | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) |
| b) Pai | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) |
| c) Irmão(ã) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) |
| d) Outro | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) |

4. Exercício físico, lazer e descanso

4.1. Com que frequência costumas praticar exercício físico nos teus tempos livres?

- a) Todos os dias ☐ (1)
- b) 4 a 6 vezes por semana ☐ (2)
- c) 2 a 3 vezes por semana ☐ (3)
- d) Uma vez por semana ☐ (4)
- e) Uma vez por mês ☐ (5)
- f) Nunca ☐ (6)

4.2. Que tipo de actividade física/desporto praticas habitualmente? (Descreve por favor)

4.3. Quantas horas por dia, costumavas ver televisão?

- a) Não vejo televisão ☐ (1)
- b) Menos que uma hora por dia ☐ (2)
- c) Uma a duas horas por dia ☐ (3)
- d) Duas a três horas por dia ☐ (4)
- e) Mais de três horas por dia ☐ (5)

4.4. Quantas horas por dia, passas a jogar no computador ou na consola?

- a) Nenhuma ☐ (1)
- b) Menos que uma hora por dia ☐ (2)
- c) Uma a três horas por dia ☐ (3)
- d) Quatro a seis horas por dia ☐ (4)
- e) Mais de seis horas por dia ☐ (5)

4.5. Num dia normal de aulas a que horas costumavas deitar-te? _____ H (1)

4.5.1. E a que horas costumavas levantar-te? _____ H (1)

Obrigada pela tua colaboração!

ANEXO II

Critérios específicos de classificação do Teste de Conhecimentos relativos às doenças cardiovasculares

Questão	Resposta	Cotação (%)															
1	Doenças cardiovasculares	8															
2	Doenças do aparelho circulatório	8															
3.1	<p>A resposta deve conter os seguintes tópicos:</p> <p>-O acesso do sangue ao músculo cardíaco (miocárdio) é bloqueado;</p> <p>-Esse bloqueio é sinónimo de obstrução súbita de uma das artérias coronárias (que irrigam o coração).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Níveis</th><th>Descritores do nível de desempenho</th><th>Pontuação</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td><td> A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. </td><td>12</td></tr> <tr> <td>3</td><td> A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • falhas de coerência na organização dos conteúdos e / ou falhas na aplicação da terminologia científica. </td><td>8</td></tr> <tr> <td>2</td><td> A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. </td><td>6</td></tr> <tr> <td>1</td><td> A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. </td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	Níveis	Descritores do nível de desempenho	Pontuação	4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	12	3	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • falhas de coerência na organização dos conteúdos e / ou falhas na aplicação da terminologia científica. 	8	2	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. 	6	1	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. 	3	12
Níveis	Descritores do nível de desempenho	Pontuação															
4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	12															
3	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • falhas de coerência na organização dos conteúdos e / ou falhas na aplicação da terminologia científica. 	8															
2	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. 	6															
1	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. 	3															
3.2	<p>A resposta deve conter os seguintes tópicos:</p> <p>-Estilo de vida pouco saudável (dieta pouco saudável, sedentarismo, tabagismo...);</p> <p>-O estilo de vida pouco saudável contribui para o aparecimento de situações de obesidade, elevação do Colesterol e da tensão arterial ou aparecimento de diabetes, agravando-se o risco cardiovascular.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Níveis</th><th>Descritores do nível de desempenho</th><th>Pontuação</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td><td> A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. </td><td>12</td></tr> <tr> <td>3</td><td>A resposta apresenta:</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	Níveis	Descritores do nível de desempenho	Pontuação	4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	12	3	A resposta apresenta:	8	12						
Níveis	Descritores do nível de desempenho	Pontuação															
4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	12															
3	A resposta apresenta:	8															

	<ul style="list-style-type: none"> • um tópico de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	
2	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. 	6
1	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. 	3

3.3 A resposta deve conter os seguintes tópicos: **12**

-Não fumar;

-Alimentação saudável (ex. rica em vegetais e frutas, evitar o excesso de sal...);

-Actividade física regular.

Níveis	Descritores do nível de desempenho	Pontuação
4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • três tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	12
3	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	8
2	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. 	6
1	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. 	3

4.1 A resposta deve conter os seguintes tópicos: **12**

-Durante um AVC há interrupção brusca da chegada do sangue ao cérebro;

Essa interrupção resulta da obstrução de uma artéria cerebral ou devido a hemorragia cerebral.

Níveis	Descritores do nível de desempenho no domínio específico da disciplina	Pontuação
4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; 	12

		<ul style="list-style-type: none"> • terminologia científica adequada. 		
	3	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	8	
	2	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. 	6	
	1	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. 	3	
4.2	(Igual à 3.2)			12
4.3	(Igual à 3.3)			12
4.4	A resposta deve conter os seguintes tópicos: <p>-A trombose ocorre quando há a formação de um coágulo sanguíneo (trombo);</p> <p>-Pode ocorrer no interior do coração ou de um vaso sanguíneo.</p>			12
	Níveis	Descritores do nível de desempenho no domínio específico da disciplina	Pontuação	
	4	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • os dois tópicos de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	12	
	3	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • o 1º tópico de referência; • organização coerente dos conteúdos; • terminologia científica adequada. 	8	
	2	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • terminologia científica adequada. 	6	
	1	A resposta apresenta: <ul style="list-style-type: none"> • um dos tópicos de referência; • falhas na aplicação da terminologia científica. 	3	

